UNIVERSITE RENE DESCARTES

(PARIS V)

PRESIDENT Pr. P. DAUMARD

D.E.A. D'ETHIQUE MEDICALE ET BIOLOGIQUE

DIRECTEUR Pr. C. HERVE
Promotion 1999-2000

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE DES FEMMES RECOURANT A DES IVG A REPETITION. MOYENS DE PREVENTION.

PRESENTE PAR

le Dr Souhail ALOUINI
Chirurgien Gynécologue-Obstétricien.

DIRECTEURS DE MEMOIRE :

Pr. Christian HERVE. Pr. Michèle UZAN.

INTRODUCTION

Les interruptions volontaires de grossesse (IVG) à répétition sont un véritable problème de santé publique non résolu encore 25 ans après la légalisation de l'avortement en France (1).

En effet, malgré des moyens contraceptifs fiables, accessibles et sûrs, le nombre d'IVG en France depuis 1976 n'est qu'en très discrète diminution avec une augmentation significative du nombre de femmes qui recourent à des avortements à répétition (2,3).

La pratique de l'IVG est autorisée légalement en France depuis la loi VEIL votée le 17 janvier 1975, et reconduite en décembre 1979.

La médicalisation de l'avortement avait pour objectif d éviter les complications et les séquelles des avortements clandestins (4), mais aussi de permettre aux femmes d'accéder à une contraception efficace. La répétition des IVG constitue un glissement progressif de cette loi avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur l'appareil génital féminin, la sexualité, la fertilité ultérieure et le psychisme, quand le pronostic vital n'est pas mis en jeu (4).

Nous nous sommes intéressés dans ce travail aux patientes qui ont eu des IVG à répétition.

La répétition des avortements a été définie dans notre étude par plus de deux IVG chez la même personne, (on a considéré que jusqu'à 2 IVG cela pouvait être accidentel).

Le but de notre travail était de savoir si les femmes qui ont recours à des IVG à répétition:

-sont exposées à des facteurs de risque (psychologiques, sociaux, économiques, culturels….);

-sont bien informées sur les moyens contraceptifs, et si elles les utilisent de façon adéquate,

-mais également, comment s'exerce le rôle de prévention imparti aux soignants et si les moyens mis en œuvre dans ces cas d'espèce sont suffisamment adaptés à ce type de situation.

HISTORIQUE (4)

En 1903, Tardieu définit l'avortement comme " l’expulsion prématurée et violemment provoquée du produit de conception indépendamment des circonstances, de l'âge et de la viabilité ".

La loi de 1904 reprise par celle de 1920, énoncait que, quiconque, par aliment, breuvage, médicament, violence ou par tout autre moyen aurait provoqué l'avortement d'une femme enceinte, qu'elle ait consenti ou non, serait puni de la réclusion.

La même peine était prononcée contre la femme qui aurait pratiqué l'avortement sur elle-même.

Les médecins, chirurgiens ou autres officiers de santé ainsi que les pharmaciens qui auraient indiqué ou administré les moyens destinés à l'avortement étaient condamnés à la peine de travaux forcés (article 317 du code pénal).

L'avortement était considéré comme criminel dans la loi de 1920.

Il mourrait en moyenne deux cents femmes par an des complications des avortements.

Il faut rappeler les circonstances dramatiques dans lesquelles ces avortements se faisaient par n'importe qui, sans hygiène et par des personnes incompétentes.

Les avortées mourraient souvent dans des conditions horribles dues à des infections, des septicémies, des embolies pulmonaires foudroyantes, après des manœuvres abortives intempestives.

Des tableaux d'insuffisances rénales anuriques, d'insuffisances hépatiques avec un état général altéré étaient courants.

Les patientes en arrivaient à demander d'abréger leurs souffrances.

La loi de 1920 a repris le même texte après l'effroyable mortalité de la guerre 1914-1918 en aggravant les peines (peine de mort et réclusion à perpétuité).
La dernière femme guillotinée en 1943 dans la cour de la Petite Roquette était une avorteuse et qui avait été responsable de la mort de douze femmes.
Les experts et la réflexion éthique poussés par tout un mouvement social commençaient à influencer le législateur, une proposition de loi fût déposée en 1973 et renvoyée en commission (Taittinger et Poniatowski).
En 1974, Simone Veil présente sa loi devant l'assemblée nationale.
Cette loi est adoptée le 17 janvier 1975. Elle permet aux femmes enceintes, que leur état place en état de détresse, de demander l'IVG.
Avant la loi, les personnes qui pratiquaient l'IVG, utilisaient différentes substances abortives, certaines étaient inefficaces (la seille, le gaïac, l'arboise, le safran….), d'autres étaient actives en provoquant des hémorragies utérines qui tuaient le fœtus, d'autres déclenchaient des contractions utérines: la strychnine, l'ergot, le seigle …).
Parallèlement à ces substances, existaient des procédés mécaniques de l'avortement : on note parmi eux des procédés populaires : lavements répétés, bains chauds, saignées, saut a la corde, et d'autres plus élaborés : traumatismes divers sur la région abdomino-pelvienne, périnéale, injections vaginales diverses, utilisation d'instruments perçant les membranes, aiguilles à tricoter, tringles à rideaux…
Où en était l'éthique à cette période ?
Les accidents graves étaient journaliers allant de l'hémorragie qui pouvait durer plusieurs semaines, aux embolies gazeuses, aux chocs, aux plaies vaginales, utérines vésicales, rectales avec perforation et aux septicémies à perfringens.
Les séquelles, quand il ne s'agissait pas d'hystérectomie, étaient nombreuses : stérilité, salpingites, fistules…
La loi Veil a voulu résoudre le problème de l'avortement et les détresses qu'il engendrait pour les femmes.

Actuellement, 220 000 IVG par an sont pratiquées en France pour environ 720000 naissances.

La loi du 17 janvier 1975 confirmée par la loi du 31 décembre 1979 relative à l' IVG énonce, dés son premier article "le respect de tout être humain dés le commencement de la vie".

L'article L-162-1 énonce qu'une femme enceinte, en état de détresse peut demander à un médecin l'interruption de grossesse, celle ci pouvant être pratiquée jusqu'à la dixième semaine de grossesse.

Cette pratique est réglementée puisqu'il faut deux consultations médicales, espacées d'un délai de réflexion et un entretien social.

L'information sur les risques éventuels doit être délivrée avant le consentement de la patiente.

Par ailleurs l'IVG ne peut se faire que dans des établissements agréés.

On peut relever sur le plan éthique le fait qu'il s'agisse, non pas d'une loi morale, mais d'une loi de santé publique.

On peut s'interroger sur l'existence d'un nombre aussi élevé d'IVG alors que les méthodes contraceptives sont nombreuses, fiables et disponibles.

Les IVG à répétition ont incité plusieurs équipes à essayer de rechercher un profil type de ces patientes de manière à individualiser des facteurs de risques accessibles à une prévention.

REVUE DE LA LITTERATURE

En France, depuis 1976, le recours à l'IVG reste stable et la répétition est en discrète augmentation (C.Blayo; 5).

En Norvège, le taux d’avortements répétés a doublé entre 1972 et 1981 (6).

Aux USA également, Tietze et coll (7) retrouvent une augmentation du nombre de patientes qui recourent régulièrement àl’IVG, il explique cela par l’augmentation des femmes à risque, et la détérioration des pratiques contraceptives après une IVG.

Pour C.Blayo (5), les femmes qui recourent à l’IVG de façon répetée sont celles qui vivent seules ou en couple instable.

Pour D.Naziri (8), les grossesses itératives accidentelles sont le reflet d'un conflit œdipien non résolu même par la maternité.

Dans une étude portant sur vingt femmes ayant subi des IVG à répétition, M. Tornbom et coll. (9), à l'issu d'entretiens d'une heure et demie à deux heures, avaient mis en évidence une tendance à une vulnérabilité psychologique et des problèmes sexuels. La raison principale de ces grossesses non désirées n'était pas le manque d'information mais plutôt l'intégration de la contraception dans la relation sexuelle.

En Espagne, où l'avortement est légal depuis 1985 (10), dix huit pour cent des femmes ont recours à des l'IVG itératives, elles sont de bas niveau socio économique.

L'étude des différents paramètres réalisée par M.Tornbom (11) sur une population de quatre cents quatre femmes dont soixante quatre avaient fait des IVG répétées met en exergue un contexte psychologique problématique, des relations moins harmonieuses avec les partenaires, insistant sur le fait qu'il ne s'agit pas seulement d'une acceptation d'une contraception efficace, mais qu'il se trame en arrière fond un support psycho social défavorable.

En 1994, une étude pilote sur soixante six patientes a été réalisée à l'université Paris Nord (12), quarante huit pour cent avaient eu recours à des IVG à répétition, parmi les motifs de ces IVG, il a été constaté une contraception discontinue dans le couple et une faible implication de l'homme dans la contraception.

La répétition des IVG se fait essentiellement dans les trois à quatre années après la première (13).

Dans le rapport de M. Uzan (2), il existe une corrélation entre la précocité de l'âge de la première grossesse et l'entrée dans un processus d'IVG à répétition. 12% des adolescentes avaient eu plus d'une IVG. Le risque d'IVG répétées est significativement augmenté en cas de première grossesse avant l'âge de 20 ans.

D'après le rapport d'I.Nisand (3), l'augmentation de la prévalence de la contraception de 50% diminuerait de 32% le nombre d'IVG.
La probabilité d'avoir un avortement supplémentaire croit avec le nombre d'avortements antérieurs. Ce même rapport met en avant le coût élevé de

certaines pilules, l'absence de remboursement des pilules nouvelles génération, le remboursement à 65% des DIU, et l'absence de prise en charge par la sécurité sociale des préservatifs (14).

Le fait d'avoir eu 1 IVG expose à un risque plus élevé d'en avoir une deuxième, une étude faite aux USA en 1980 par SK. Henshaw et coll, montre que le taux d'IVG était alors de 26% des grossesses ;3% des femmes de 15 à 44 ans ont obtenu un avortement et plus d'une femme sur trois a eu d'autres IVG, il s'agit le plus souvent de femmes non mariées (15,16).

HW. Lawson et coll (17), quelques années plus tard(1983,84,85), retrouvent également une augmentation du taux d'IVG mais également un nombre croissant de femmes qui recourent à l'IVG de façon répétée.

120 femmes ont été interviewées par K.Holmgreen (1993-94) 75 avaient eu 1 IVG et 45 avaient eu 2 IVG ou plus. Il y avait plus de difficultés familiales dans le groupe des IVG itératives. Le partenaire masculin et les circonstances familiales semblent jouer un rôle important dans la décision d'IVG. L'utilisation de la contraception est temporairement absente pendant la conception. Le meilleur moyen de prévenir les avortements répétés serait de prévenir les avortements d'une façon générale en faisant en sorte que la contraception soit facilement accessible et acceptée (18).

Des sentiments ambivalents sont retrouvés chez une partie des femmes qui recourent à l'IVG. La décision est souvent unilatérale et approuvée par le partenaire (19, Tornbom1999).

Dans l'expérience danoise, il n'y pas de différences significatives entre les femmes qui ont fait une, deux ou trois IVG, quant aux conditions socio-économiques et éducatives (20).

Pour JM. Westfall et coll., 1995, (21) les femmes qui font des IVG répétées sont plus âgées, plutôt d'origine africaine et plus jeunes à leur première grossesse. Elles n'ont pas de suivi post IVG dans 34% des cas et pas de conseils sur la contraception dans 28% des cas. Elles n'ont pas de médecin de famille dans 40% des cas.

Dans l'expérience Canadienne, la répétition des IVG a considérablement augmenté puisqu'elle est passée de 9% des IVG en 1975 à 29% en 1993 (21) faisant conclure à FE.Skjeldestad (22), que la répétition des IVG est difficile à éviter. Il propose cependant une intensification des programmes d'information contraceptive après la première IVG.

Osler (23), propose, en post IVG, l'utilisation de contraception efficace type orale, DIU et stérilisation.
D'autres travaux insistent sur la durée de la contraception et la motivation des femmes mettant en avant « l'essoufflement » avec le temps.

Pour RL. Somers (24), les femmes qui répètent les IVG sont âgées de 20 à 34 ans en moyenne avec un grand nombre de grossesses et de naissances, vivant plutôt en milieu urbain.
Pour éviter les répétitions d'IVG il a été proposé dans les années 80, l'insertion d'un DIU en post IVG (25).

Chez les adolescentes, la participation des parents à l'information sur la contraception semble jouer un rôle important pour éviter la répétition des IVG

(26). Les taux de répétitions sont de 7% à la première année et de 11% à la deuxième année (27).

Parmi les complications des IVG répétées, on retrouve des accouchements prématurés plus nombreux et par conséquent des poids de naissance plus faibles lorsqu'il y a eu dilatation instrumentale du col de l'utérus (28).

Cette revue de la littérature montre bien que la répétition des IVG est un problème mondial. Plusieurs équipes ont essayé d'individualiser des facteurs de risque. Tous les efforts de prévention pour faire reculer les IVG à répétition n'ont pas abouti.

Nous avons voulu, à l'échelle de notre planning, essayer d'individualiser les facteurs qui pouvaient intervenir dans le recours aux IVG à répétition.

-Les conditions socio-économiques:

de part:
-les ressources économiques (précarité),
-l'emploi ou le chômage
- L'hébergement avec ou sans.

-Le statut conjugal :

- S'agit-il de femmes seules ou séparées de leur conjoint pendant la grossesse?

-Le nombre d'enfants à charge?

S'agit-il de femmes nullipares ou à parité élevée?

-Le profil psychologique des patientes?

Y-a t-il un terrain psychologique particulier?

- La contraception?

En utilisent-elles une et si tel est le cas :quel en est le type (orale, stérilet , spermicides, préservatifs...).?, le mode d'utilisation.?, sont-elles bien informées sur les moyens contraceptifs?

-Un encadrement standard est-il adapté à ce type de situation?

faut-il faire intervenir en dehors des acteurs classiques que sont les gynécologues, la conseillère conjugale, les infirmières, d'autres professionnels de santé comme les psychologues, les psychiatres et les assistantes sociales.

-Quel suivi faut-il proposer à ces patientes?

-Est-ce qu'un suivi standard est adapté aux femmes qui font des IVG à répétition ?
-quelles informations concernant la contraception faut-il leur fournir?
-Quelle contraception prescrire?
-Prend-on suffisamment en compte la part du psychologique et du social ?

.

THEME DE RECHERCHE

Un constat s'impose à la lumière de la littérature mondiale: alors que le nombre global d'IVG tend à se stabiliser, voire légèrement diminuer, les avortements à répétition sont en augmentation et ce malgré l'existence de moyens contraceptifs sûrs et efficaces.

Les essais de mise en évidence, de facteurs de risques, d'intentions d'intensifier les programmes d'informations et d'accès à la contraception ne semblent pas avoir fait baisser de façon significative le nombre d'IVG à répétition.

Partant du principe qu'on ne peut se contenter de l'éthique du renoncement (Y. Pélicier ; 29) , nous nous sommes proposés, d'évaluer nos pratiques au sein d'un planning familial, celui de l'Hôpital J.Verdier à Bondy.

Nous nous sommes posés la problématique suivante :

Que faisons-nous pour prévenir les IVG à répétition ? , Est-ce que la prise en charge médicale, sociologique et psychologique est adéquate ? Comment tous les éléments sont pris en compte par les professionnels de la santé pour gérer ce problème.

En fonction des résultats de la littérature et de nos précédentes recherches (M.Uzan) sur la population étudiée, notre hypothèse de recherche est de postuler que la prise en charge n'est pas optimale et que l'étude des facteurs de risque devrait nous aider à mieux orienter l'information des femmes.

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Nous avons réalisé une étude au planning familial de l'hôpital Jean Verdier. Nous avions ressorti le listing des patientes ayant eu une IVG en 1997.
La liste des patientes a pu être obtenue grâce à l'informatisation des dossiers par le service.
Parmi ces patientes, nous avions sélectionné celles qui avaient réalisé deux IVG jusqu'en 1997. 147 patientes avaient réalisé deux IVG en 1997.
A l'aide d'un questionnaire adressé aux patientes, et d'entretiens avec l'équipe soignante, nous voulions savoir si les patientes avaient eu d'autres IVG dans l'intervalle 1997-2000 et si tous les moyens avaient été mis en œuvre pour que les patientes n'aient pas recours aux IVG de manière répétée.

I- LE QUESTIONNAIRE (annexe 1)

Nous avons élaboré un questionnaire, avec des questions semi-ouvertes. Celui ci comportait des propositions de réponse. Les réponses étaient soit de type bimodale: affirmative ou négative soit avec plusieurs propositions. Les questions ont été élaborées après avoir étudié 10 dossiers de patientes ayant eu dans leurs antécédents plus de 2 IVG. L'élaboration du questionnaire s'est faite en janvier et février 2000 et validée définitivement début mars 2000.
Les dossiers du centre de planning de l'Hôpital J. Verdier comportent la description de la ou les consultations médicales: interrogatoire, examen clinique et examens complémentaires et soins effectués par le médecin, l'entretien psychosocial réalisé par la conseillère conjugale.
Le questionnaire a été construit sur différents thèmes :

-Les caractéristiques générales des patientes: âge, pays de naissance ou d'origine, religion, statut marital, hébergement, situation professionnelle, ressources financières.
Les renseignements afférents à l'IVG à proprement parler: le nombre, les motifs, le lieu, le contexte psychologique et les complications.
-Les aides proposées à la patiente dans ce contexte d'IVG à répétition: psychologiques, discours des soignants et contraception.
-La connaissance par les patientes de l'éventail des méthodes contraceptives qui leur sont offertes, en ce qui concerne l'accès, l'utilisation et le coût.

A qui s'adressait ce questionnaire?
Nous nous sommes proposés de ressortir le listing de toutes les patientes ayant eu recours 2 fois à une IVG en 1997 et de rechercher si elles en avaient subi d'autres dans l'intervalle 1997-2000.
Nous avons choisi l'année 1997 car il s'agissait de la date à partir de laquelle il nous a été possible de sortir un listing informatisé par les services de l'hôpital J. Verdier et que statiquement la majorité des répétitions d'IVG se fait dans les trois à quatre années après la première.
Il a été répertorié 147 patientes ayant subi 2 IVG en 1997. La dernière IVG ayant été réalisée dans notre centre, ce qui n'était pas toujours le cas pour la première.

Comment distribuer ce questionnaire et comment recueillir les réponses ?
Au départ nous voulions adresser le questionnaire aux patientes par la poste, mais après discussion avec l'équipe soignante, nous avons renoncé à cette idée. En effet, les patientes qui recourent à l'VG n'informent pas toujours leur conjoint ou leur famille et un certain nombre d'entre elles s’appuient sur le secret médical pour consulter.

Le fait qu'une autre personne aurait pu avoir accès au questionnaire nous a fait préférer un moyen plus direct. Nous avons donc choisi de contacter directement les patientes par téléphone.

A l'aide de l'identité de la patiente, nous avons pu ressortir les numéros de téléphone des patientes par les services informatiques de l'hôpital.

Les patientes ont toutes été contactées par téléphone par moi-même. Il leur était demandé si elles voulaient bien répondre à un questionnaire strictement anonyme sur le thème des IVG à répétition.

Lorsque les patientes étaient d'accord pour répondre les questions ainsi que les différentes propositions de réponse étaient lues par téléphone et je remplissais le questionnaire en mettant des croix dans les cases correspondantes.

Le recueil des réponses s'est échelonné entre le 2 mars et le 30 juin 2000.

II- LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS (annexe 2)

Parallèlement au questionnaire, il a été réalisé des entretiens avec les différents professionnels de l'équipe soignante responsables de la prise en charge des patientes qui recourent à l'IVG.

J'ai proposé d'interviewer avec leur accord les différents membres de l'équipe : 2 médecins Gynécologues, 2 conseillères conjugales, 2 infirmières et une infirmière cadre.

Les entretiens ont eu lieu dans les bureaux du centre du planning.

Les questions posées étaient écrites et lues intégralement et de la même manière pour tous autant que possible. Les entretiens étaient enregistrés au magnétophone puis retranscrits intégralement .

RESULTATS

I-DU QUESTIONNAIRE (ANNEXE 3)

147 patientes avaient subi 2 IVG et plus en 1997. Nous avons essayé de les contacter par téléphone. (figure 1)

Une partie des patientes n'a pas pu être jointe par téléphone.

Parmi ces patientes, 31 n'avaient pas le téléphone soit 21%, pour 25 patientes, la ligne téléphonique n'était pas attribuée soit 17%, 22 patientes nous avaient donnés un faux numéro soit 15%, 5 patientes ont refusé de répondre au questionnaire soit 3%.

Sur les 64 patientes restantes sur 147(44%), 30 d'entre elles ont répondu au questionnaire soit 20%, les 34 autres (24%) n'ont jamais répondu aux appels téléphoniques itératifs.

Ces patientes ont été contactées cinq fois dans une plage horaire variant de 8 heures à 20 heures 30 du lundi au samedi inclus en attendant dix sonneries à chaque fois, en vain.

11 personnes étaient sur répondeur, il n'a pas été laissé de message pour des raisons de secret médical.

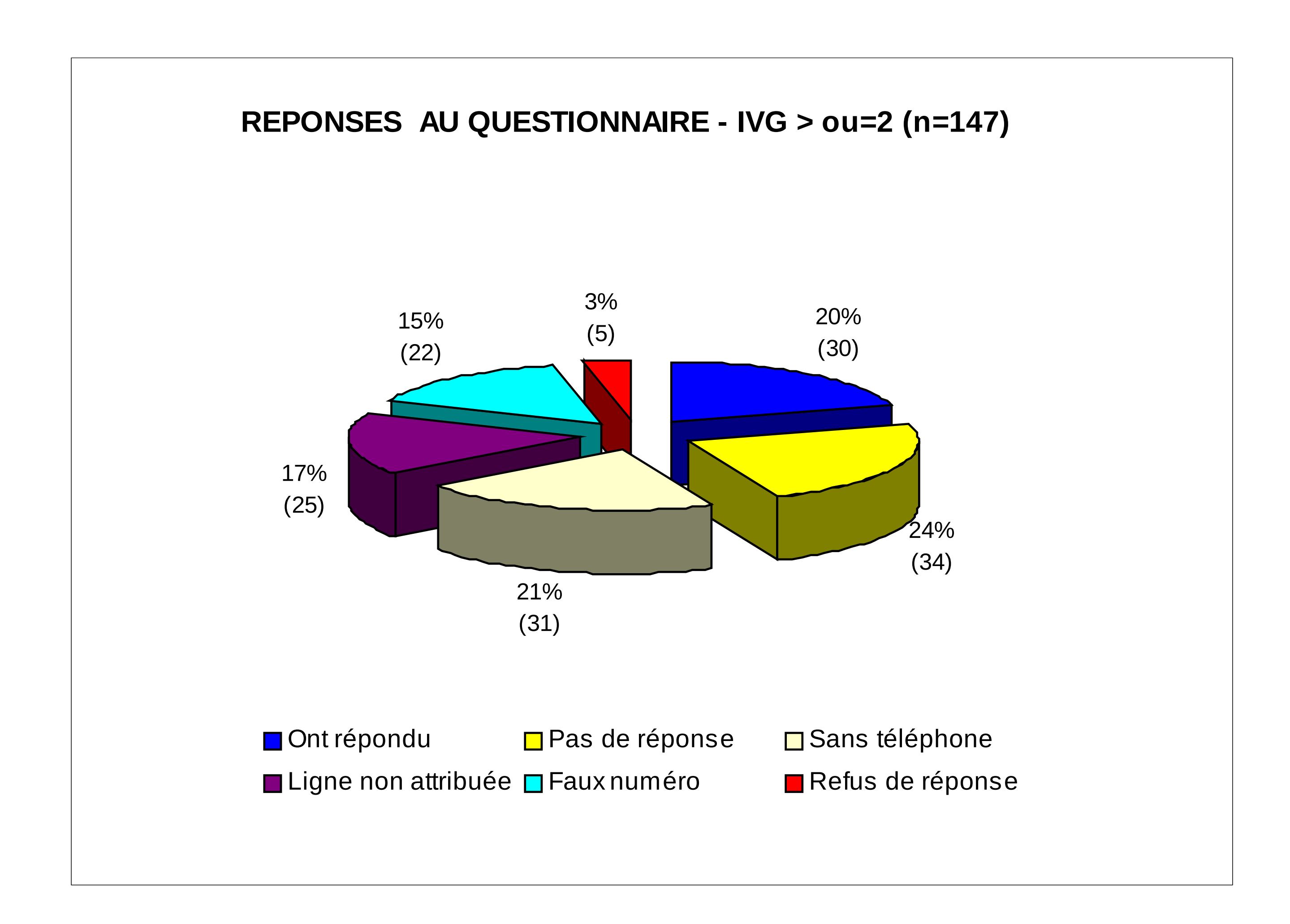


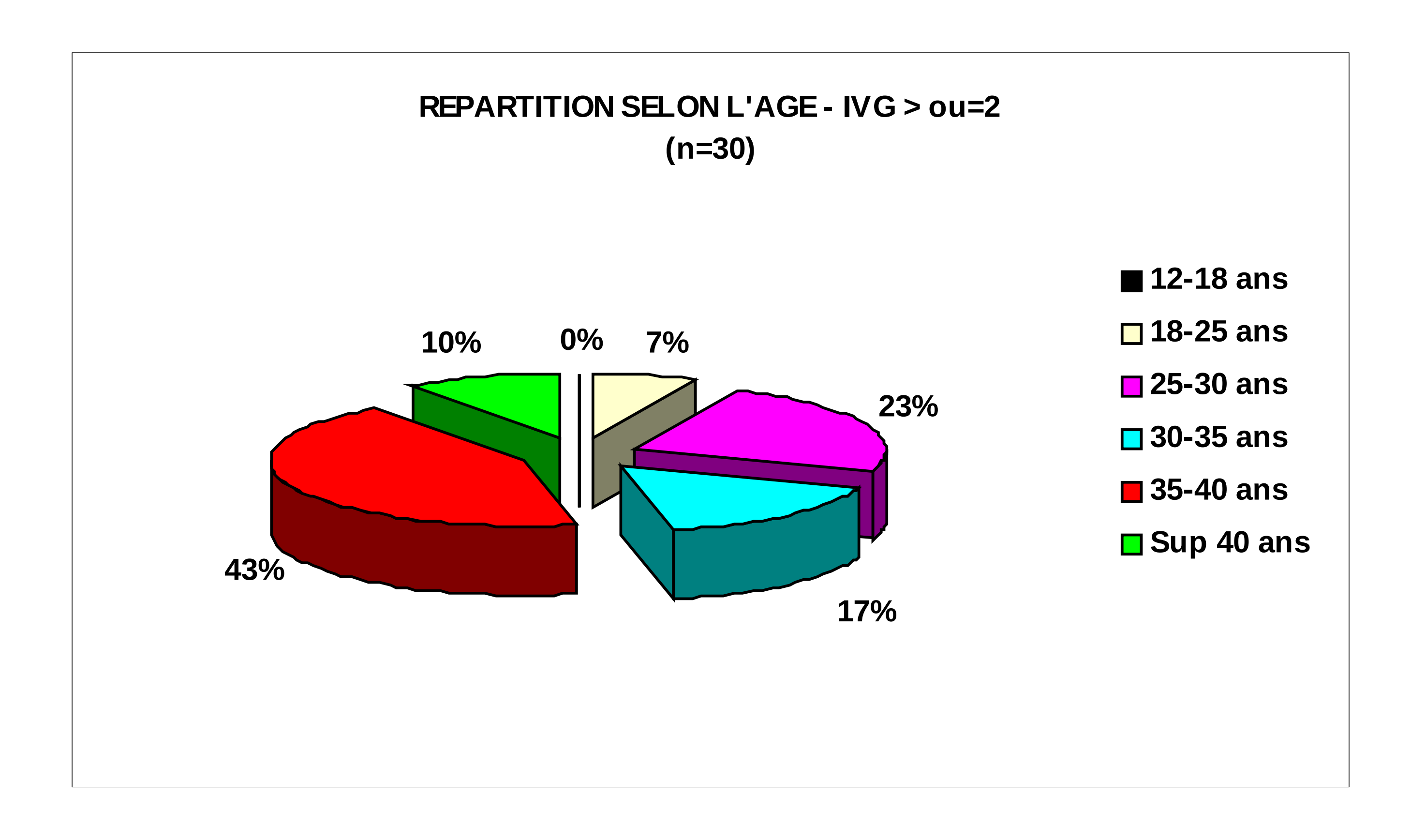
Fig.1

(Fig.= figure)

Nous allons nous intéresser aux résultats des 30 patientes qui ont répondu au questionnaire

1- <u>L'âge des patientes (Fig.2)</u>

Dans l'étude que nous avons menée il ressort que les femmes qui ont fait 2 IVG ou plus sont principalement dans la tranche d'âge 25-40 ans (25 sur 30 patientes).

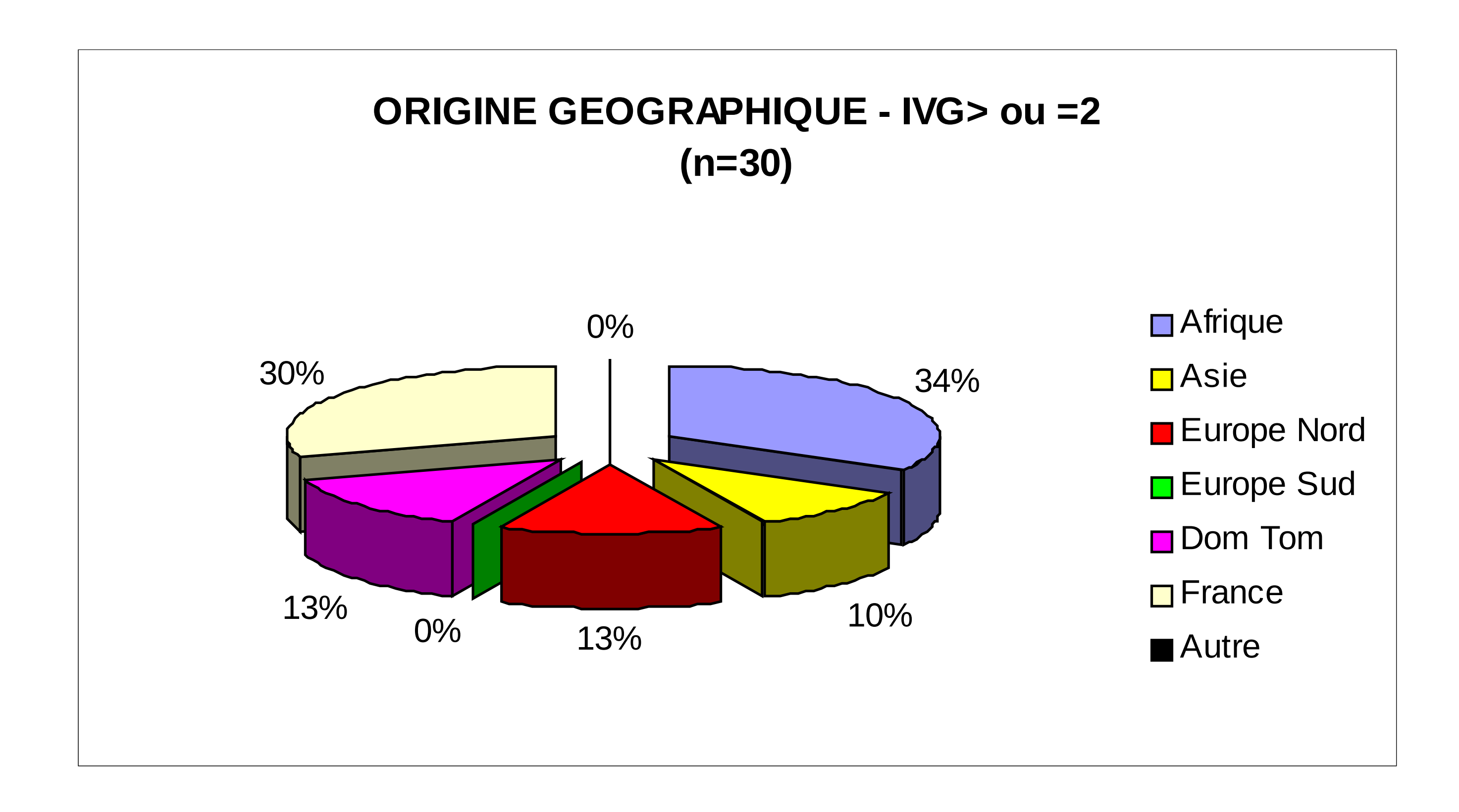


<u>Fig.2</u>

2- L'origine géographique (Fig.3)

On note une prédominance des patientes africaines (10 patientes) et Françaises (9 sur 30 patientes).

Fig.3



3- La religion (Fig.4)

Les patientes se répartissent essentiellement entre catholiques (11 patientes) et sans appartenance religieuse (13).

La religion la plus fréquemment pratiquée est la religion catholique ceci peut s'expliquer par l'origine géographique de la population de ce département qui est essentiellement représentée par des Françaises et des Africaines. Il est à noter que les patientes qui ne pratiquent aucune religion sont nombreuses.

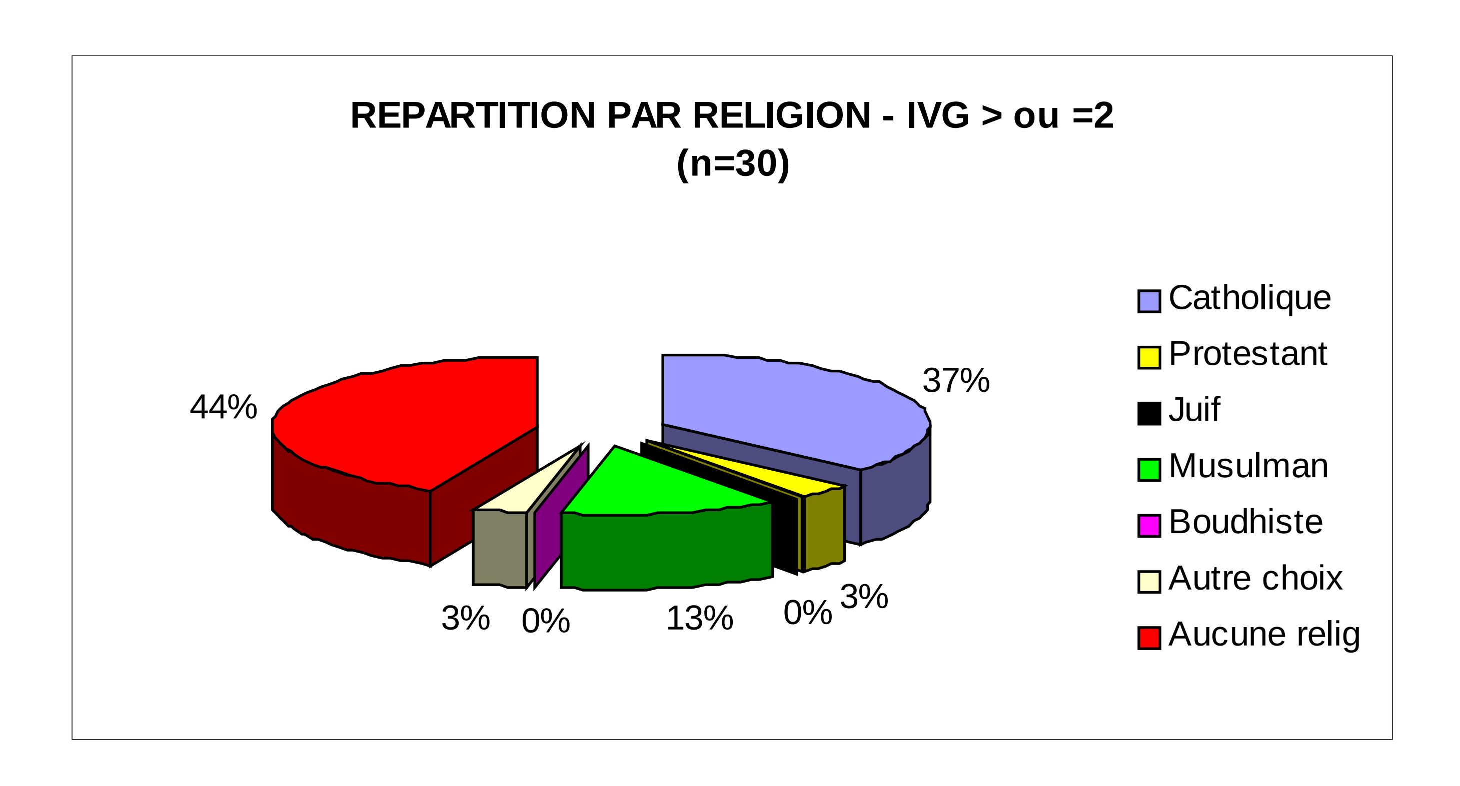


Fig.4

4- Le statut marital (Fig.5 et Fig. 8)

73% des patientes (22) sont en couple, 13% des patientes (4) sont seules. 77% des patientes soit 23 vivent dans le même domicile.

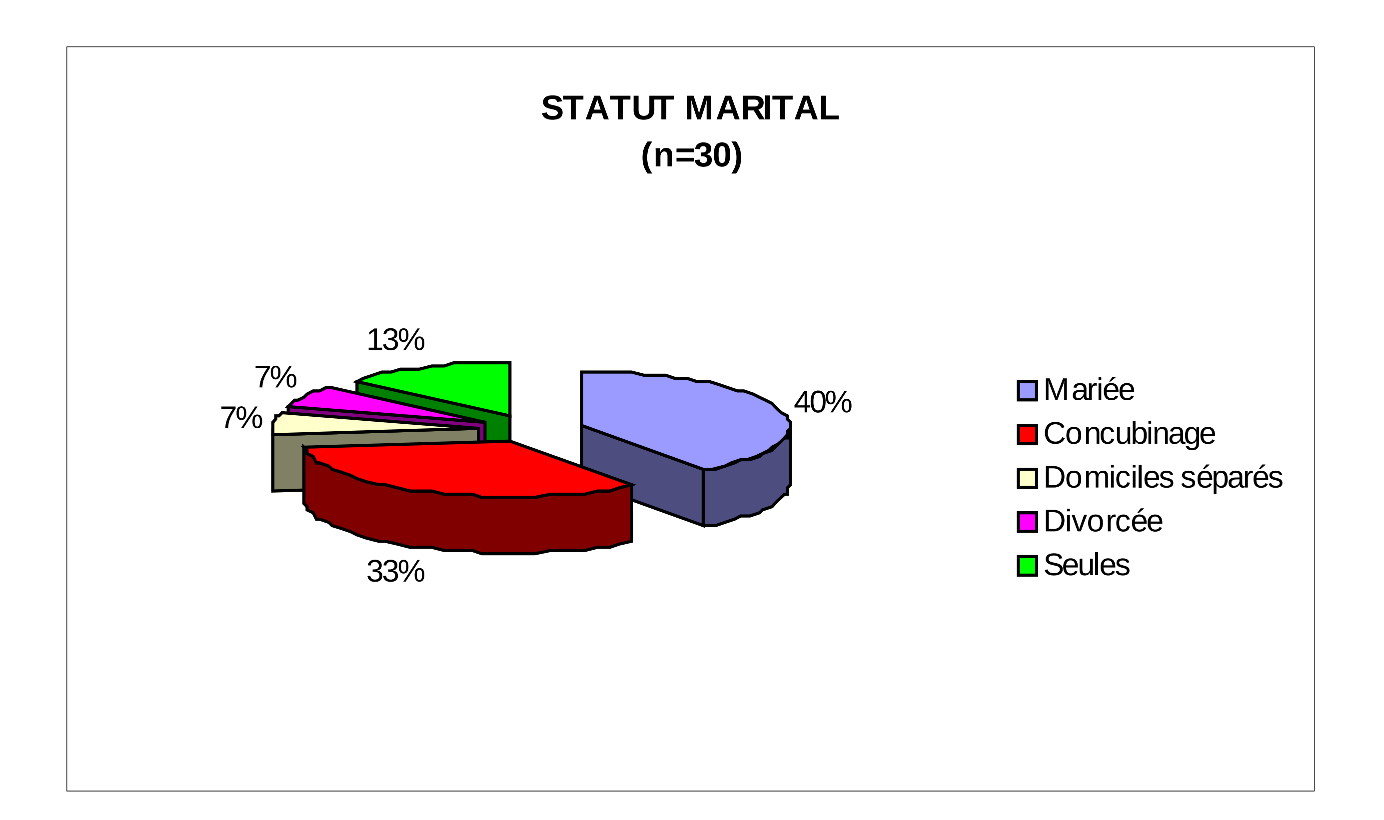


Fig.5

5- Le lieu de l'IVG

Dans 77% des cas (23), les patientes ont réalisé des IVG dans des centres différents, il s'agissait pour 17 patientes d'un changement de domicile. Pour une patiente, d’un refus du premier centre et pour deux patientes d’une orientation dans un autre centre par le médecin traitant.

6- La parité

Seule 1 patiente n'a pas d'enfants. (Fig. 6). Toutes les autres patientes ont un enfant ou plus.

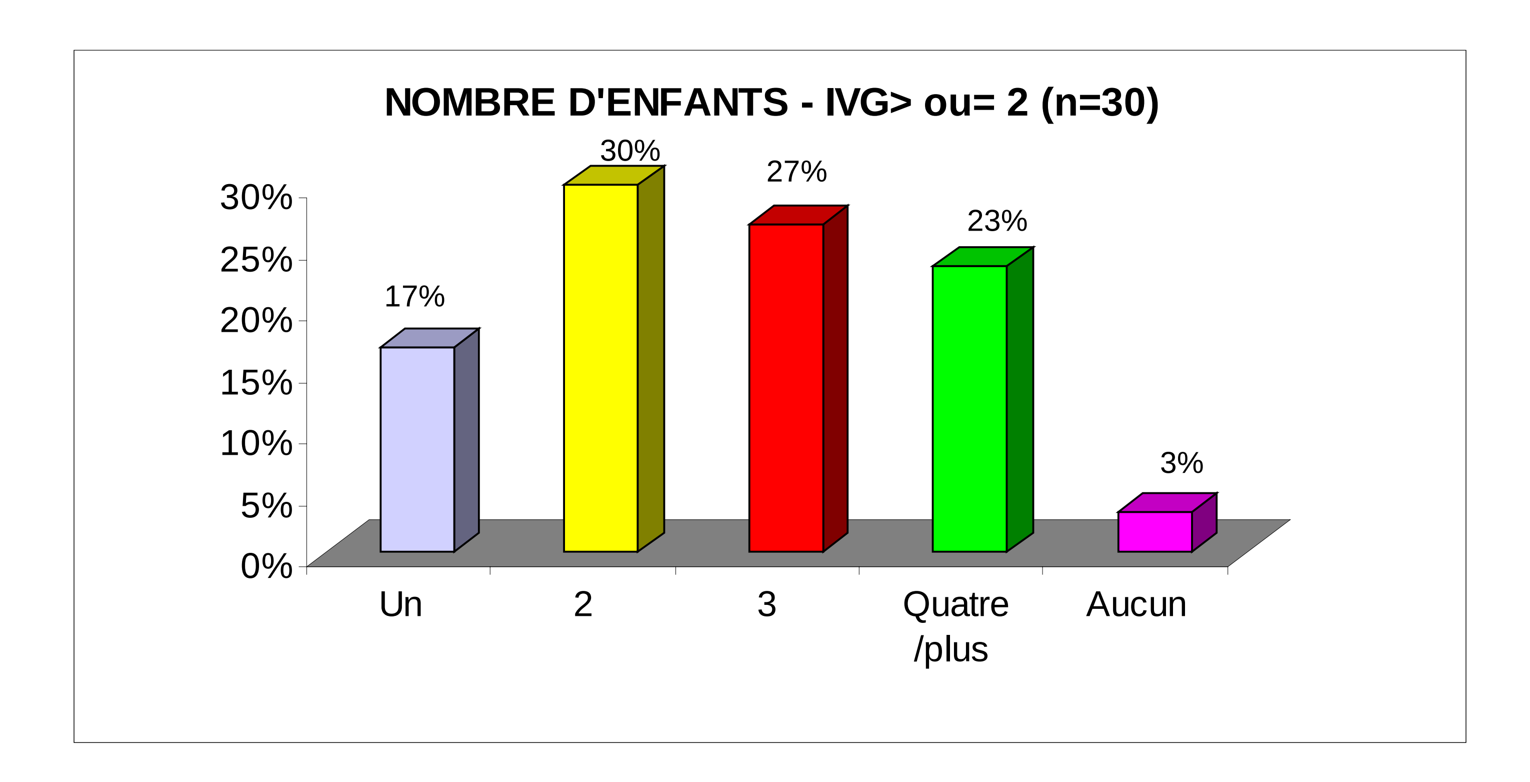


Fig.6

7- Les motifs des IVG (Fig. 7)

On retrouve essentiellement des grossesses non désirées, des oublis de pilule et des accidents (69% des cas) .

Les motifs des IVG sont très variables, les grossesses ne sont pas désirées dans 30% des cas.

Les autres items tels l'oubli de pilule et l'accident (rapport non prévu, accident de préservatif.) représentent 40 % environ des motifs. Le manque de moyens financiers, la pression de l'entourage sont très rarement mis en avant.

Ceci peut s'expliquer par le fait que la plupart de ces femmes sont en couple et sont à des âges où l'autorité familiale s'exerce peu.

l'instabilité du couple ou l'abandon du conjoint représentent environ 13% des motifs de recours à l'IVG.

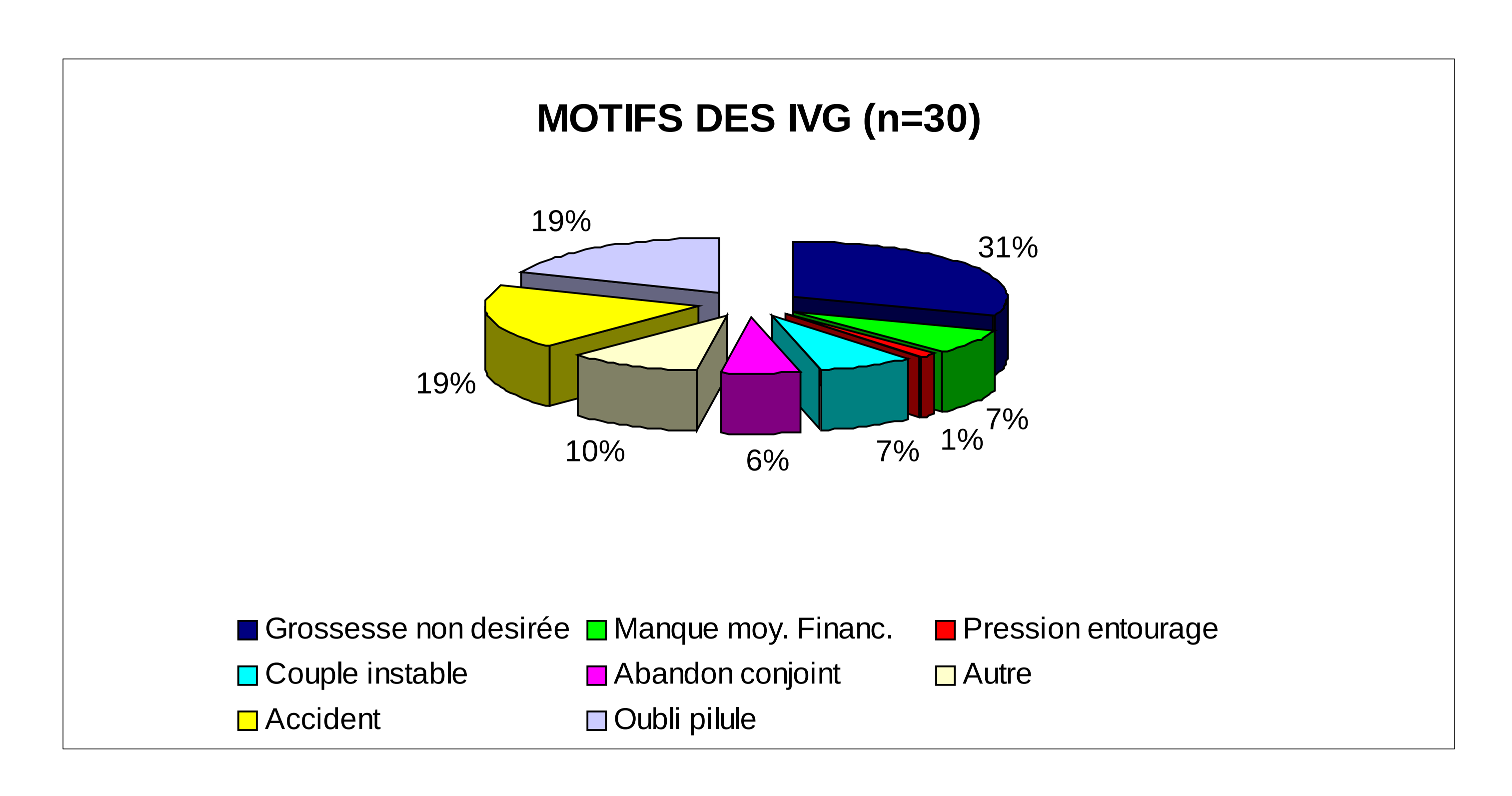


Fig.7

8- La situation professionnelle (Fig.8)

Dans la grande majorité des cas (77%), les patientes (23) ont un emploi et aucun foyer parmi ceux interrogés n'est sans ressources.

6 patientes sont sans emploi.

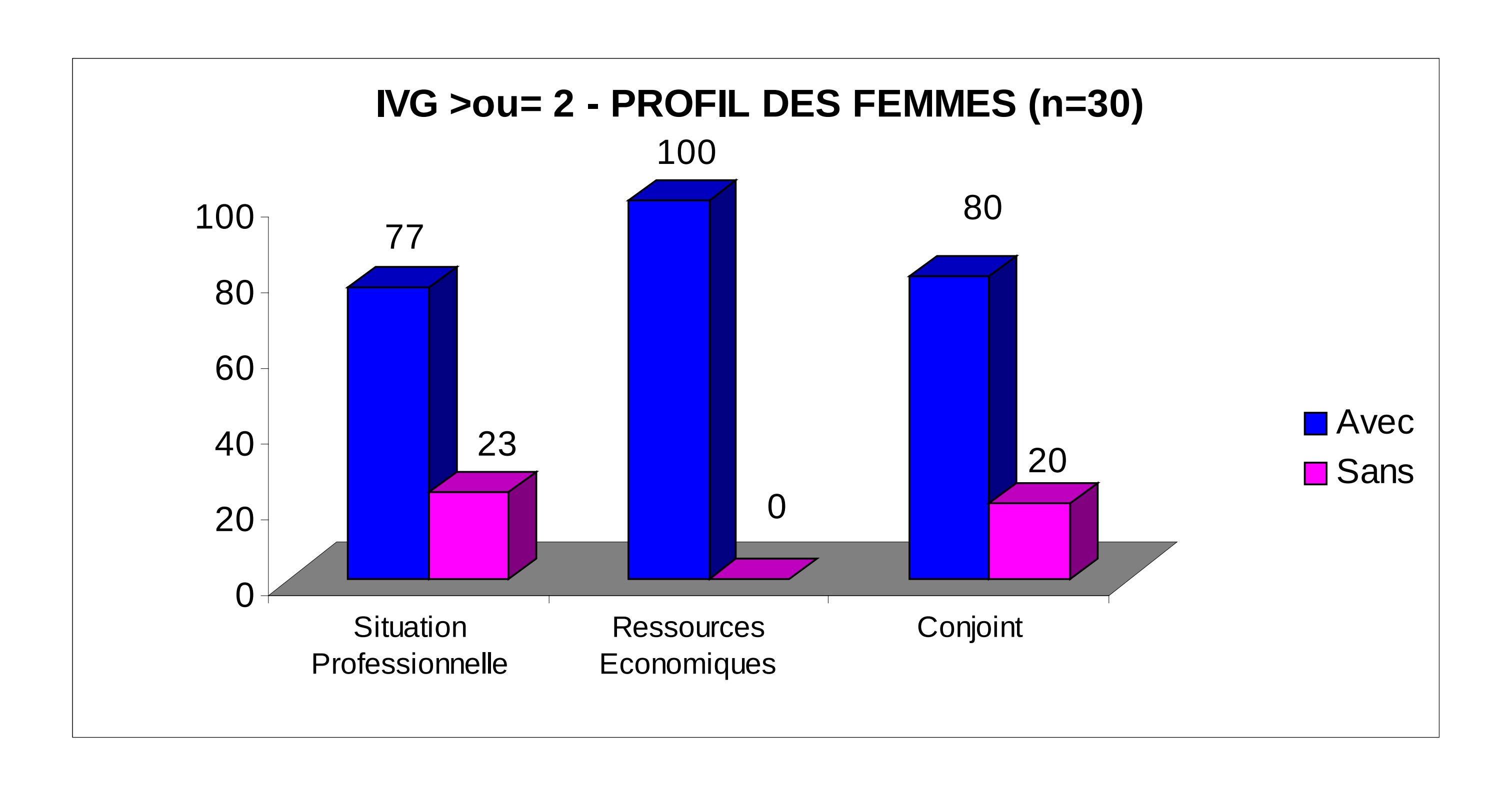


Fig.8

9- Les ressources économiques du foyer (Fig.8 et Fig.9)

84% des foyers (25)ont des revenus supérieurs à 6000 F mensuels.

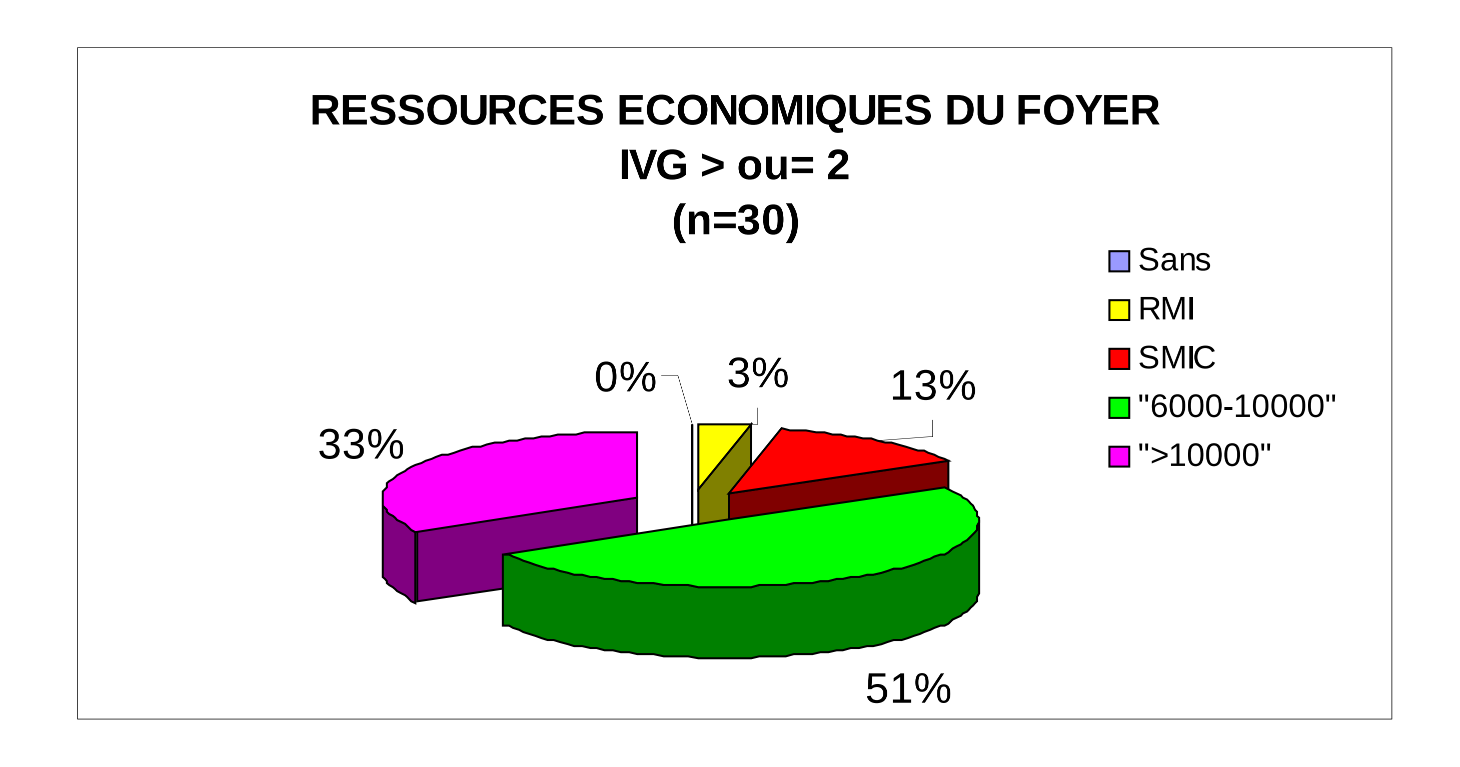
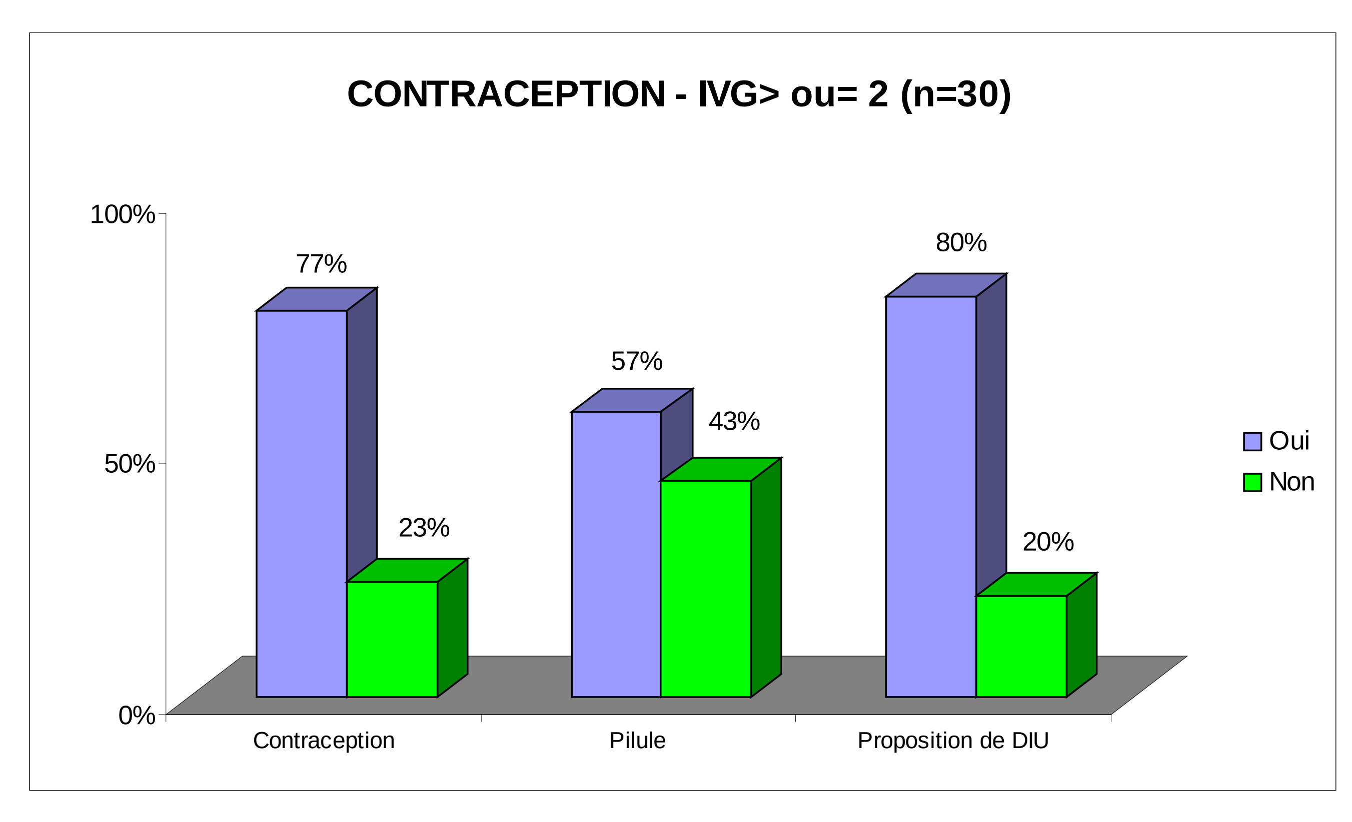


Fig.9

10- La contraception (Fig.10)

23 femmes déclarent prendre régulièrement une contraception (77%), et trois fois sur quatre il s'agit de la pilule. Le stérilet n'est utilisé que par
17 % des patientes (4) alors que dans ce contexte, il est proposé par l'équipe médicale dans 80 % des cas. Les contraceptifs locaux : spermicides et préservatifs ne sont quasiment pas utilisés. Le fait que peu de patientes (2) utilisent une contraception locale type spermicides (ovules, crèmes), préservatifs, est liée au fait que la majorité d'entre elles sont en couple et préférent une contraception du long terme. Le stérilet pourtant très plébiscité par les soignants ne bénéficie pas d'une bonne image de marque ; très peu utilisé, il est considéré par la plupart des femmes intérrogées comme un corps étrangers, source d'infections, de stérilité et mal toléré.
Dans 7 cas, soit 23%, aucune contraception n'est utilisée.
Une femme sur cinq souhaiterait une ligature de trompes, technique dont les indications ont été limitées ces dernières années aux patientes dont la grossesse mettait en péril leur vie.

Fig.10



11-information des patientes sur la contraception (Fig.11)

22 patientes soit (73%) pensent être bien informées sur les moyens contraceptifs. 8 patientes (28%) ne pensent pas être bien informées sur la contraception.

Le coût de la contraception ne semble pas être un élément déterminant dans son utilisation. La contraception du lendemain est méconnue par la moitié des patientes (15 femmes sur 30) qui font des IVG à répétition. Quant à la nouvelle contraception d'urgence elle est totalement méconnue par ces patientes (90%).

Le discours des soignants quant à l'information qu'il diffuse est sensiblement le même chez les femmes qui ont eu une IVG ou plus.

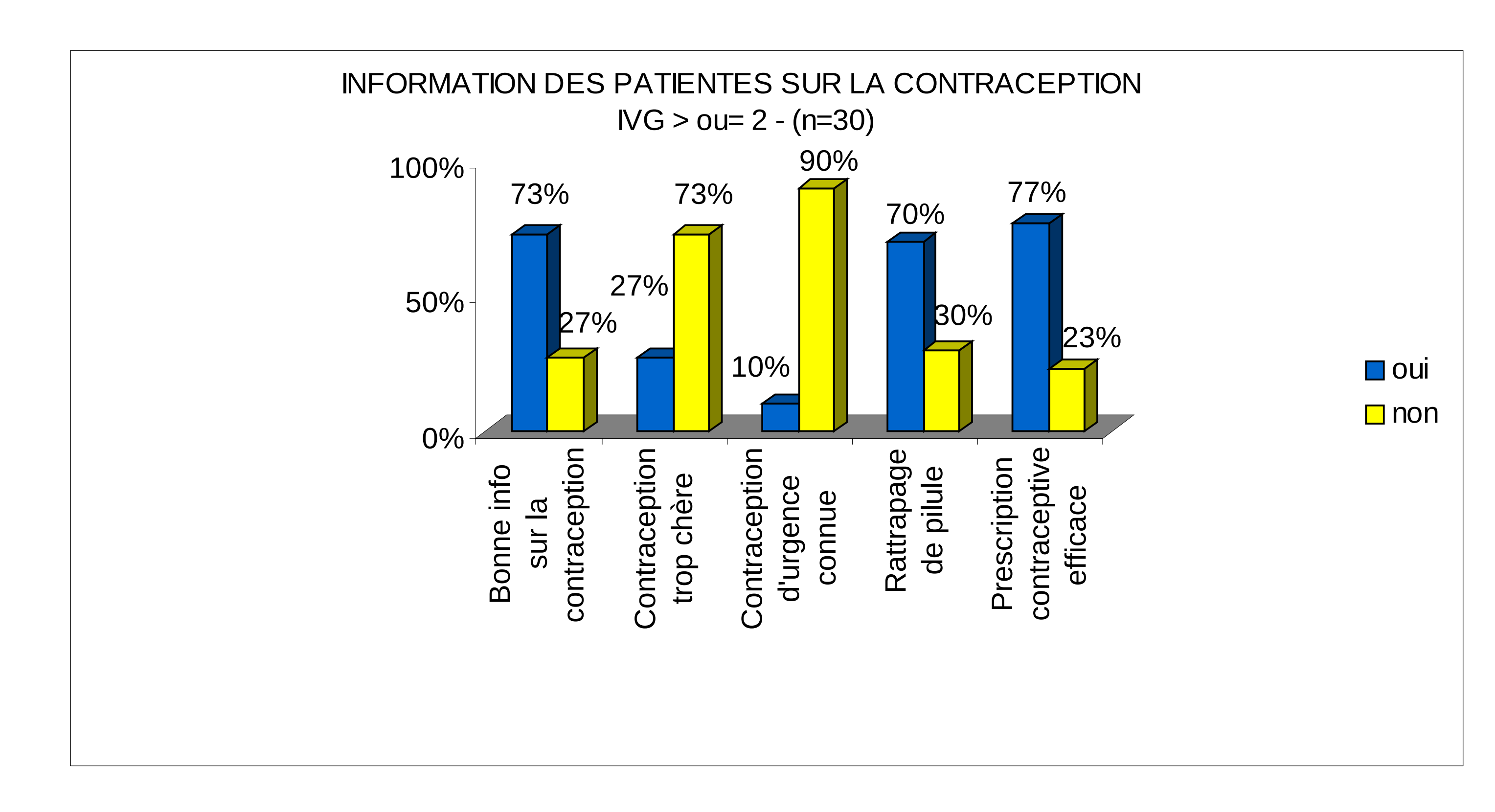


Fig. 11

12- contraception proposée par les médecins

77% des patientes (23) pensent que les médecins leur ont proposé une contraception efficace contre 23% (7).

13- connaissance des patientes sur la contraception

27 % des patientes (8) estiment que la pilule coûte trop cher, sur ces 8 patientes seules 2 d'entre-elles n'utilisent pas de contraception. 70% des patientes savent que la pilule peut être distribuée gratuitement aux mineurs dans les plannings.

La pilule du lendemain n'est connue que par la moitié des patientes (15).

La nouvelle contraception d'urgence, pouvant être délivrée par les infirmières dans les lycées et achetée en pharmacie sans ordonnance depuis début 2000 et ayant bénéficié d'une information médiatique est méconnue par 90% des patientes soit 27 sur 30.

Le rattrapage de la pilule en cas d’oubli est méconnu par 70% des patientes soit 9 sur 30.

14- La contraception souhaitée par les patientes

Elle se répartit entre pilule (23%), stérilet (20%) et ligature tubaire (17%).

15- L'information délivrée par l'équipe médicale

Elle est jugée satisfaisante dans 74% des cas.

Le discours médical n'a pas changé selon qu'il s'agissait de la seconde, de la troisième ou nième IVG dans 21 cas sur 30.

16- Les sentiments éprouvés lors de l'option pour l'IVG

culpabilité, dépression et détresse psychologique sont retrouvés dans 69% des cas. Une indifférence est relatée dans 24% des cas.

17- Besoin et suivi psychologique (Fig.12)

23% des patientes (7) déclarent avoir eu besoin d'une aide psychologique, celle ci n'aurait été proposée par l'équipe médicale que dans 29% des cas soit 7% du total des patientes.

31% des patientes (10) souhaiteraient avoir un suivi psychologique ou psychiatrique..

Le besoin d'aide psychologique est exprimé en moyenne une fois sur quatre.

D'après les patientes interrogées, il est proposé par les équipes soignantes dans 7% des cas.

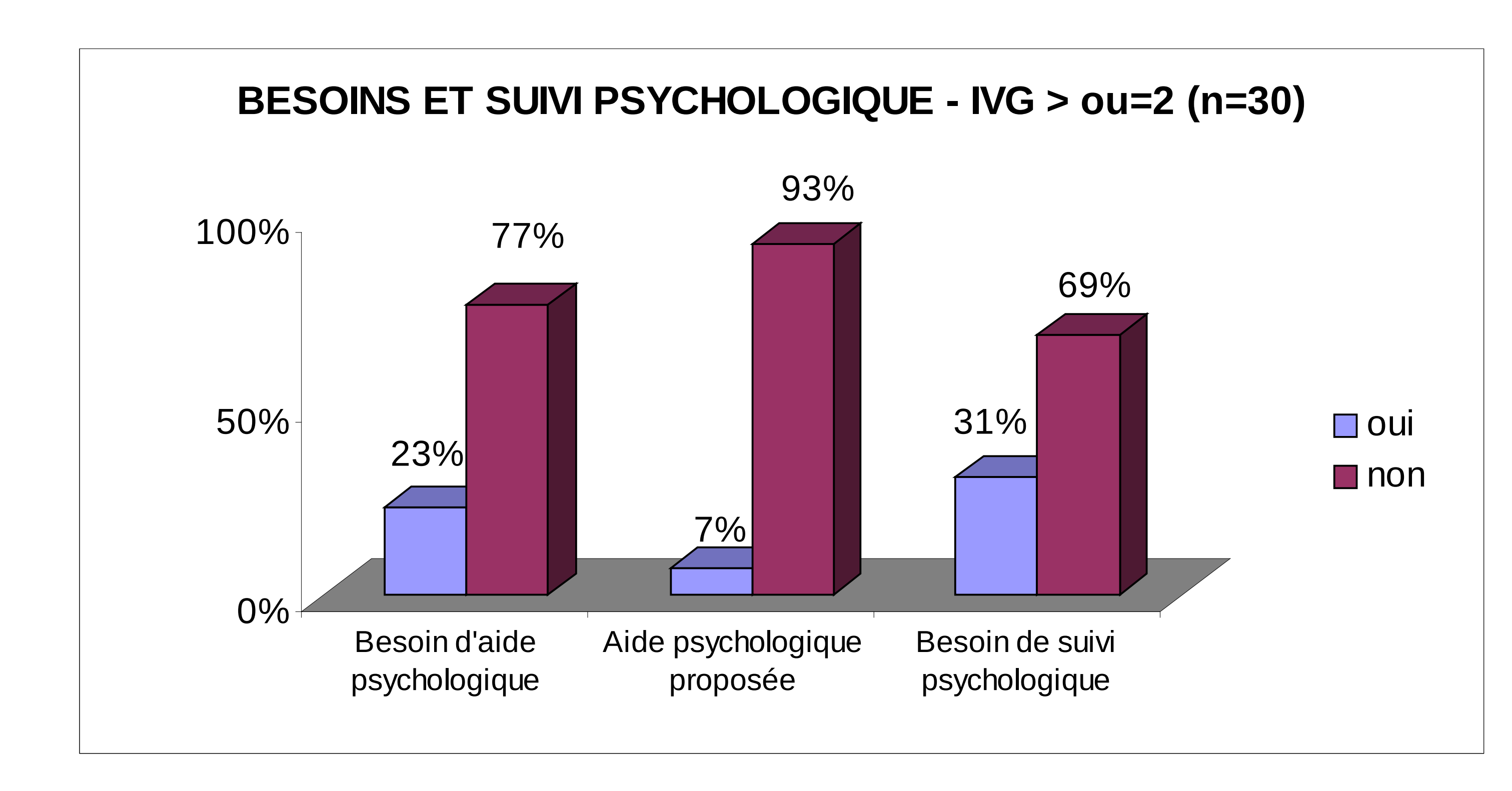


Fig.12

18-Les complications

Elles sont absentes dans 78% des cas.

dans 22 % des cas, il s'agit principalement de stérilité transitoire, d'aménorrhée , de fausse couche et de troubles psychologiques.

Le faible pourcentage de complications observé dans notre étude et dont on ne peut que se féliciter est certainement lié à l'avènement de l'avortement par la méthode médicamenteuse : le RU 486(Mifégyne), beaucoup moins invasif que la méthode chirurgicale et largement employé dans notre centre, puiqu'il a été prescrit à plus de la moitié des patientes en 1999 (39).

19- Les patientes qui ont eu recours à plus de 2 IVG

Dans une deuxième partie, nous nous sommes intéressés aux patientes qui ont fait une troisième IVG, voire une quatrième ou plus dans l'intervalle 1997-2000. Sur les 30 patientes de départ, qui ont répondu au questionnaire et qui avaient fait deux IVG en 1997, 22 ont refait une troisième, voire une quatrième ou une cinquième IVG (Fig.13).

15 patientes ont refait une IVG, 3 ont refait 2 IVG et 4 en ont refait 3, soit une répétition des IVG dans 22 cas sur 30 (74%).

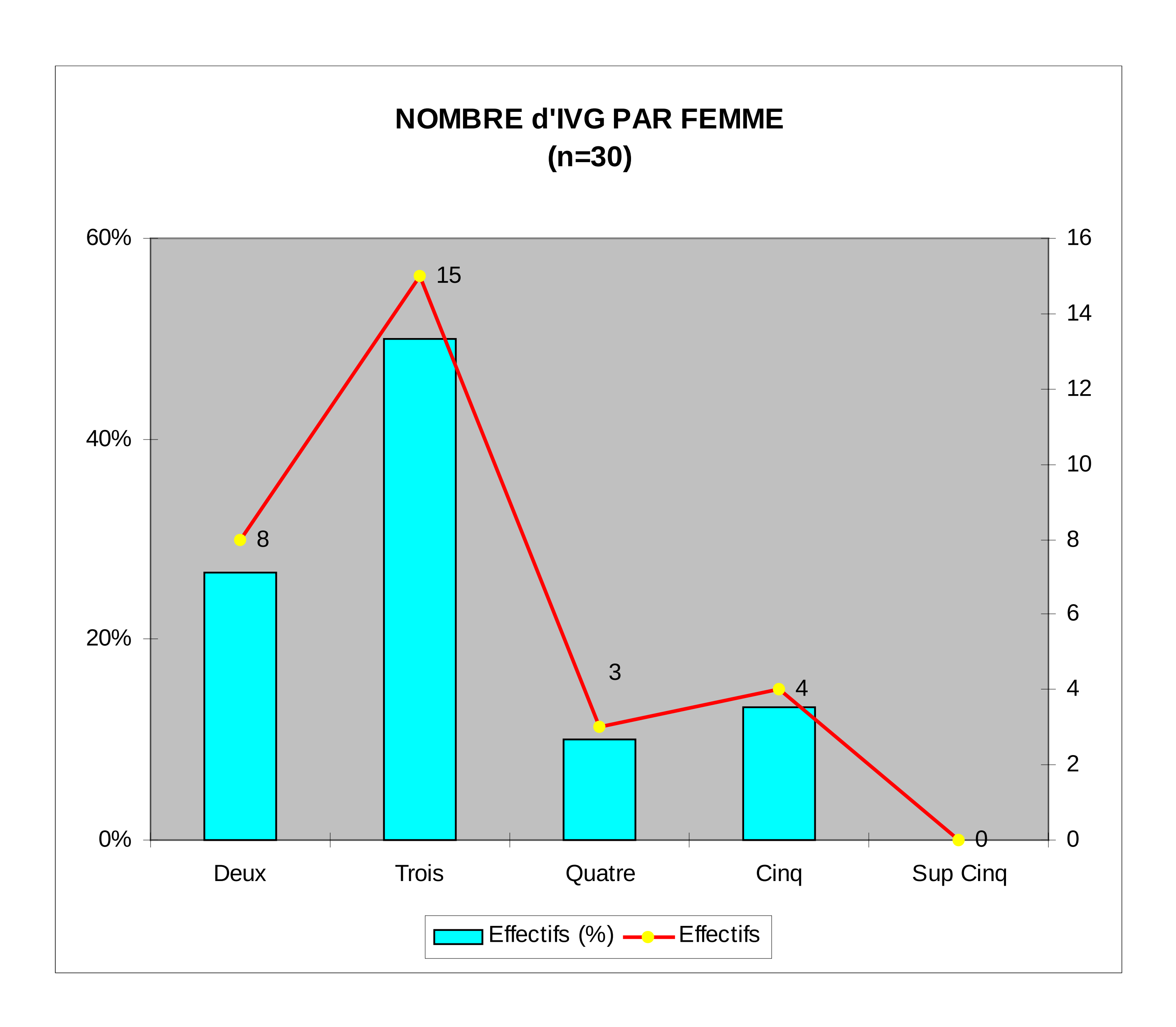


Fig.13

La tranche d'âge où l'effectif est le plus élevé est celle des 35-40 ans.

L'Afrique et la France représentent les origines géographiques les plus courantes (Fig.14).

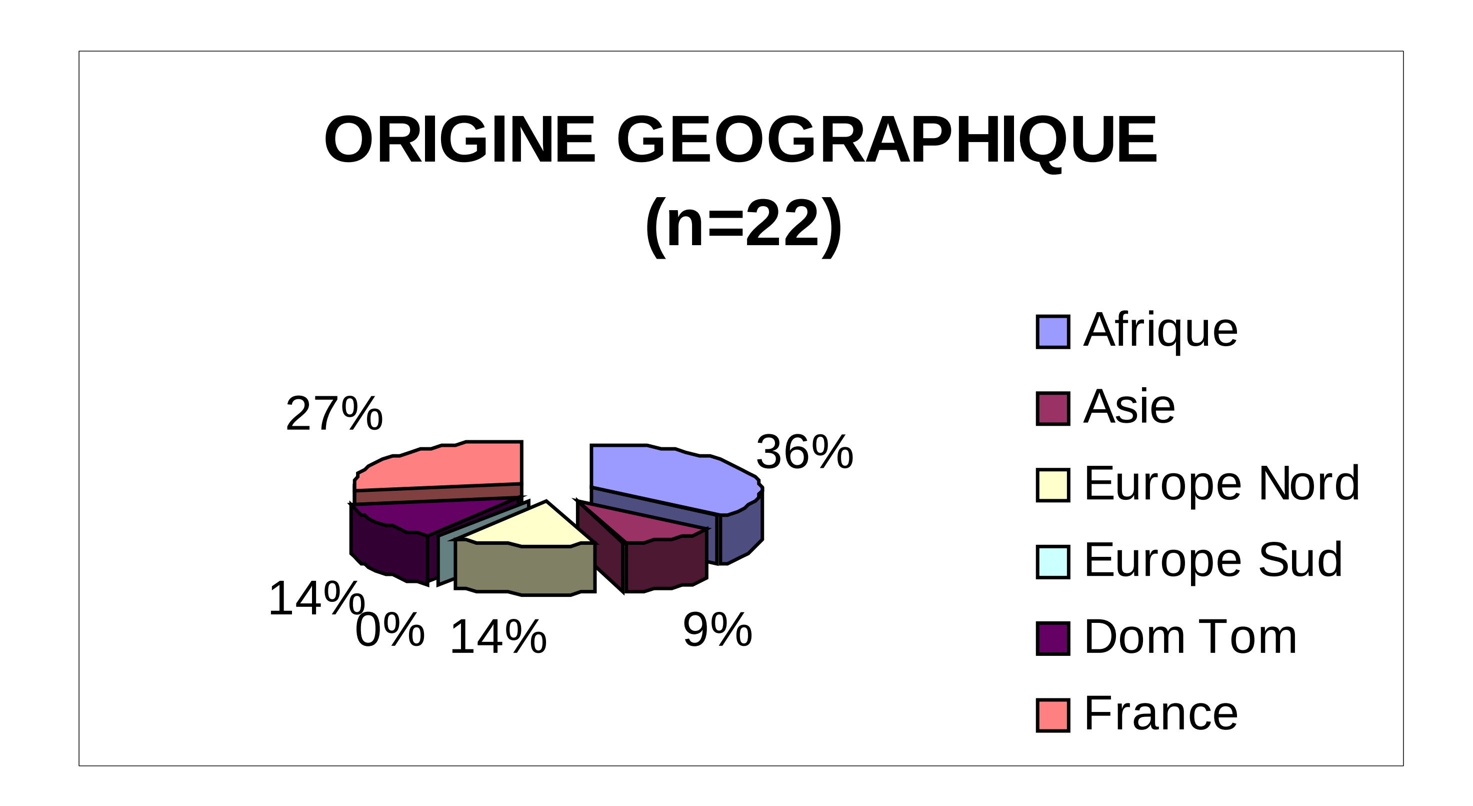


Fig.14

La religion catholique et l'absence de religion (Fig.15) sont les 2 courants

majoritaires.

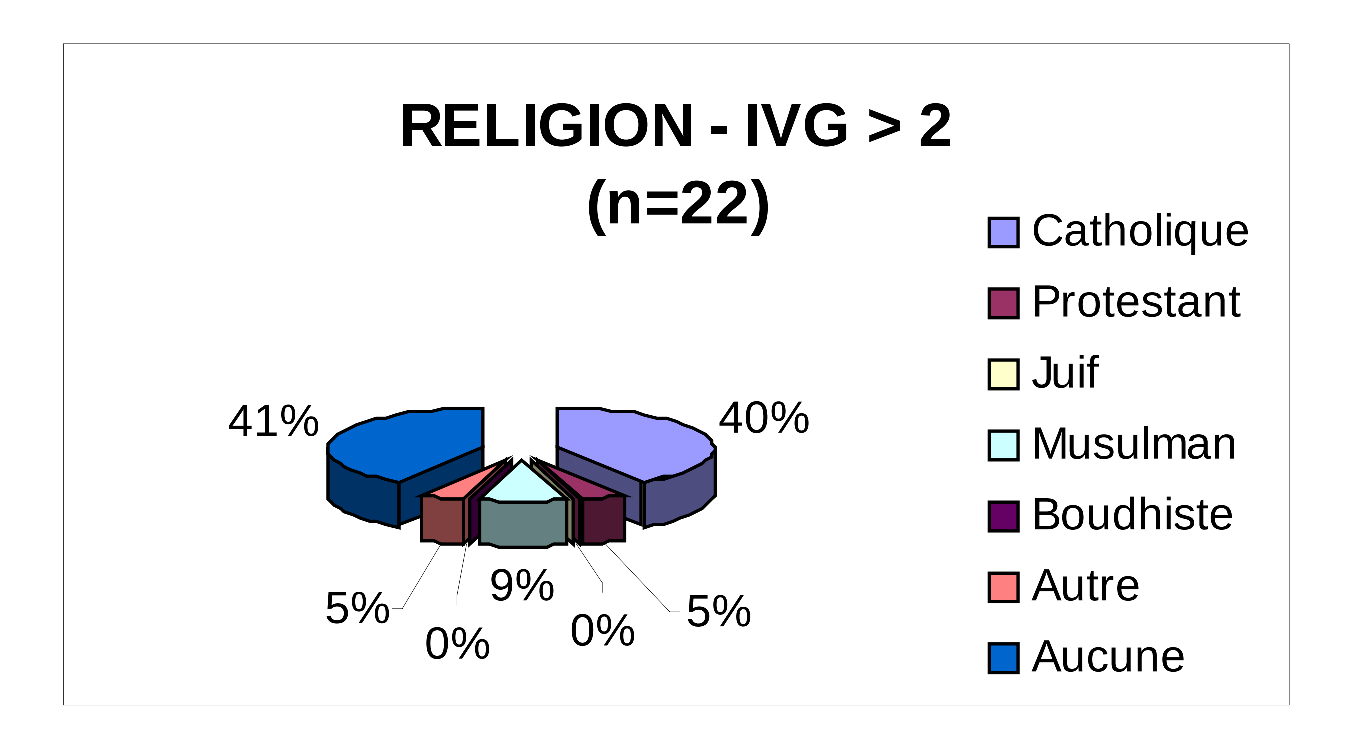


Fig.15

Ces 22 femmes (Fig.16) sont majoritairement :

En couple : 18 cas, ce ne sont pas les femmes seules qui répétent le plus les IVG.

Bien au contraire, dans notre étude la grande majorité des femmes sont en couple et avec des enfants.

Avec emploi : 17 cas.

Sollicitent une aide psychologique dans 6 cas sur 22.

Sans complications dans les suites des IVG dans 17 cas.

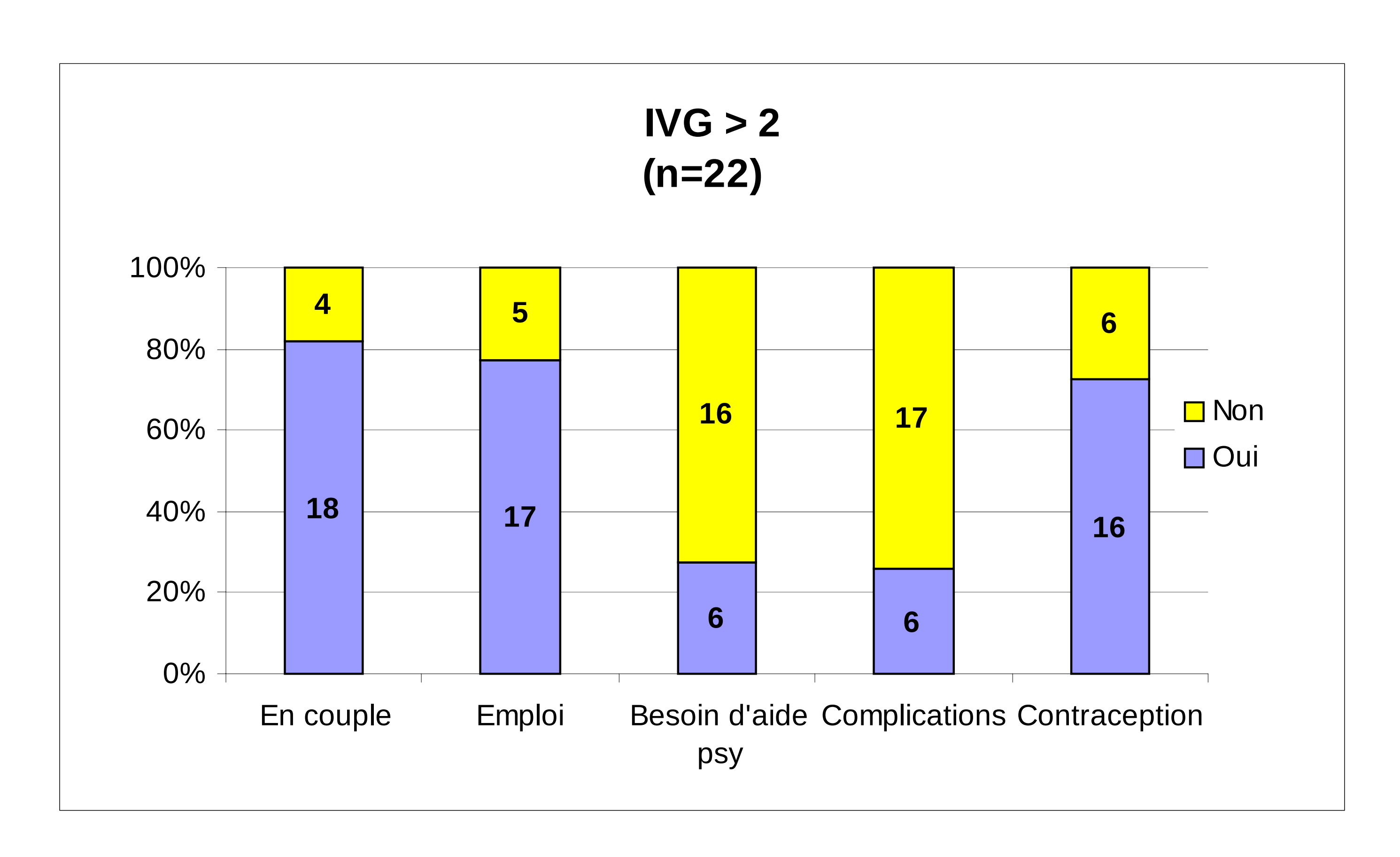
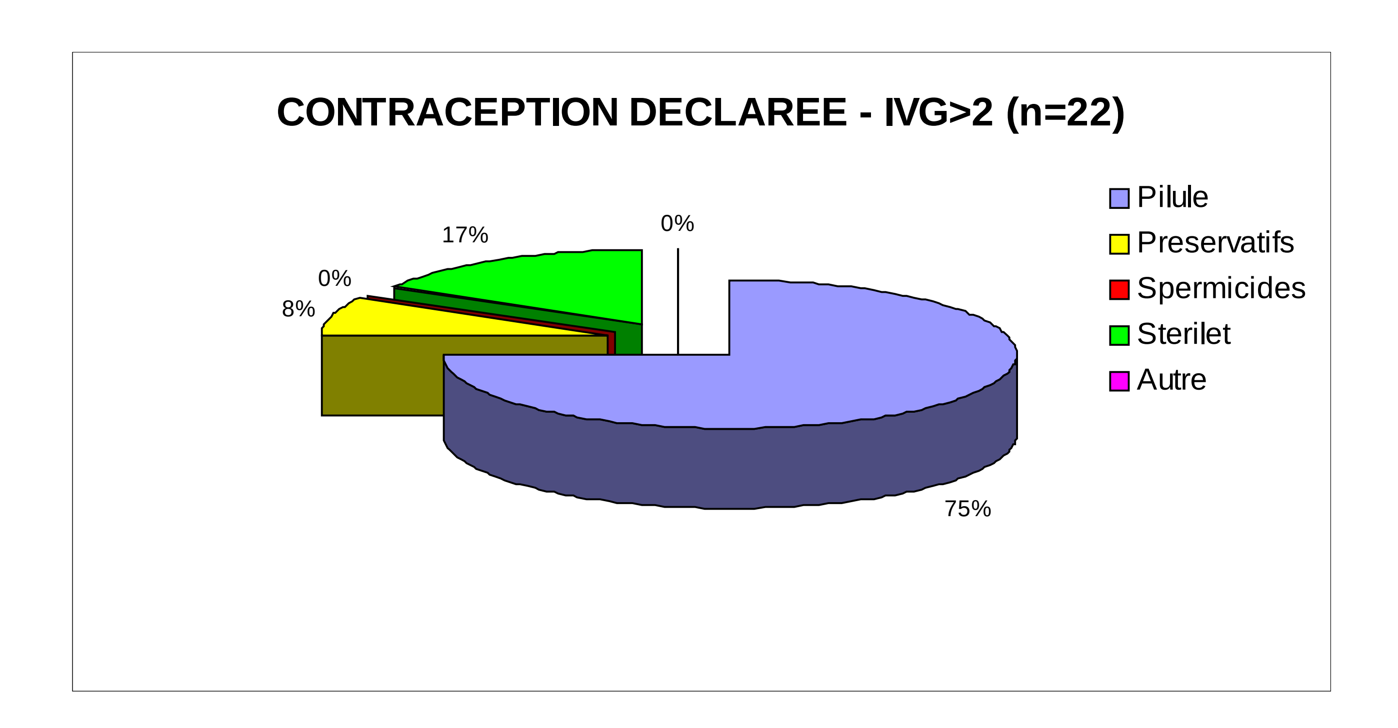


Fig.16

Avec contraception dans 16 cas (fig.17).

Fig.17



Au total, on retrouve une quasi-superposition des résultats quant aux différentes questions posées, que les patientes aient fait 2 IVG ou plus.

II-ANALYSE DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS (VOIR ANNEXE 4) : LE CORPUS)

L'entretien s'est adressé aux deux médecins qui travaillent au centre d'orthogénie de l'hôpital J. Verdier, aux deux conseillères conjugales, à une infirmière cadre et à une infirmière.
Un médecin sur deux n'a pas souhaité répondre et une conseillère conjugale sur deux a refusé.

1-LA GRILLE D'ANALYSE

L'information standard	Cons. Conj .	médecin	infirm. Cadre	Infirmière
Sur le terme de la grossesse	-----	oui	oui	--------
Méthodes d'IVG	-------	oui	oui	-------
Contraception	oui	oui	------	--------
Etiologies de l'IVG	oui	---------	oui	oui
résistances à la contraception	---------	oui	oui	
orientation	--------	------	oui	oui
nème IVG				
Information différente	oui	non	non	non
problème psychologique	oui	oui	oui	oui

	cons. Conj.	Médecin	cadre infirmier	infirmière
repérage profil	oui	oui	oui	oui
adaptation au profil	oui	oui	oui	-----
repérage analphabète	oui	oui	oui	oui
langage non parlé et tiers	oui	oui	oui	oui

2- ANALYSE PAR THEMES

a-La conseillère conjugale

Elle cherche à établir un lien avec la patiente, la contraception est abordée avec ses modes, les choix : pilules, DIU, le pourquoi de la grossesse non désirée, la résistance à la contraception et la contrainte de la contraception.

Il ressort pour la conseillère l'évidence d'un problème psychologique lors d'IVG répétées.

Des difficultés sont liées à la religion, difficultés éthiques, pratiques, culturelles et économiques : pauvreté.

L'entretien est orienté sur la contraception en fonction des difficultés.

Le repérage de l’illettrisme par la conseillère conjugale est évident. Il s'effectue lorsque la patiente a des difficultés pour lire et écrire. Il lui est parfois demandé de répéter ce qu’elle a compris. Lorsqu’il y a un problème de compréhension de langage, il est parfois fait appel à un interprète.

On observe progressivement un changement dans le rôle de la conseillère, qui est à l’écoute de la patiente, qui oriente son entretien en fonction du profil.

b-Entretien 2 avec le médecin :

Le médecin débute par le diagnostic de grossesse et du terme, il donne l’information sur les méthodes d’IVG, sur la contraception future, et est à l’écoute des problèmes rencontrés.

L’information donnée aux patientes n’est pas modifiée, les causes du refus plus ou moins conscient de la contraception sont analysées. Les temps d’écoute et de parole sont différents.

Il y a un repérage de profil : géographique, culturel, en fonction des croyances (les notions de contraception et infertilité ne sont pas distinctes), économiques ; les temps d’information sont plus longs, les pilules prescrites sont celles remboursées.

Le diagnostic de l’illettrisme semble évident. Le médecin s’adapte à la culture, à la langue, par une communication imagée, par des dessins, des images, des mimes. Il s’aide si besoin d’interprète.

c-Entretien 3 avec l’infirmière cadre :

Les thèmes abordés sont le terme de la grossesse, les méthodes d’IVG, les causes de cette grossesse non désirée ;

L’information est identique quel que soit le nombre d’IVG, des profils sont identifiés : culturels, religieux, et économiques.

Des idées préconçues sur pilules et poids, grossesse et DIU sont parfois retrouvées ;l’infirmière propose la gratuité de la pilule.

Le diagnostic de l'illettrisme paraît évident, il est résolu par des explications à l'aide de schémas.

d-Entretien 4-avec une infirmière :

Au cours de la première approche, l'infirmière explique les méthodes d'IVG, prend les rendez-vous de consultation auprès des médecins et de la conseillère conjugale ; elle essaye d'analyser les causes de l'absence de contraception efficace. L'information est identique quel que soit le nombre d'IVG.

Les profils psychologiques à risque sont dépression et misère.

Le repérage de l'illettrisme est facile lors de la lecture, de l'écriture, et lorsque des questions sont posées. Un problème rencontré dans ce département c'est celui de la maîtrise de la langue française.

L'infirmière relève l'intérêt d'un psychologue.

Au total, l'information délivrée aux patientes n'est pas fondamentalement différente selon qu'il s'agisse de la première, de la deuxième ou de la nième IVG.

Pour tous les soignants interrogés, il y a manifestement un contexte psychologique défavorable chez les femmes qui font des IVG à répétition.

Il y des repérages de profil; culturels (croyances….), religieux et économiques (précarité).

Il y a une adaptation de la communication à la compréhension aidée par le conjoint, les amis voire un interprète.

DISCUSSION

Les patientes qui ont fait 2 IVG en 1997 ont refait d'autres IVG pour une grande majorité dans l'intervalle 1997-2000. Ceci nous améne à nous interroger sur l'efficacité des mesures préventives, contraceptives et d'information qui sont délivrées aux patientes qui font des IVG à répétition.

Plusieurs auteurs ont essayé d'individualiser un profil des femmes qui font des IVG à répétition, de tenter de comprendre le pourquoi des répétitions et de proposer des solutions. Les résultats des différentes études ne sont pas toujours convergents.

Cependant, notre travail, en accord avec d'autres études, vient conforter l'idée qu'un certain nombre de patientes qui font des IVG à répétition, ont un certain nombre de points communs.

I-LES FACTEURS PSYCHOSOLOGIQUES

Des difficultés psychologiques, sont mises en avant par certaines patientes mais également par les soignants.

En effet, pour F.Lang et coll. (30), la contraception n'est pas vraiment un moyen prophylactique pour les patientes qui font des IVG à répétition ; 41 de ces patientes ont eu un test multiphasique de Minnesota ; les réponses montraient des tendances psychotiques et psychopathiques.

Pour M.Törnbom(9), qui a réalisé des entretiens avec 20 patientes ayant réalisé entre 1 et 5 IVG, il retrouve une vulnérabilité psychologue intriquée avec des

problèmes sexuels. C'est plus l'intégration des connaissances contraceptives face à des facteurs d'ordre psychique et sociaux qui semble faire défaut.

Dans notre étude, les patientes qui avaient un besoin d'aide psychologique étaient plutôt dépressives. Il n'a pas été décelé de personnalité psychotique pendant les interrogatoires.
Une aide psychologique est demandée par un certain nombre de patientes sous forme de consultations avec un suivi .

Pour M.Blumenfield (31), le profil le plus souvent rencontré est celui d'une femme plutôt Africaine, vivant seule, prenant la pilule une fois sur 2, avec des conflits psychologiques qui prennent le masque de l'ambivalence dans un tiers des cas. Une consultation psychiatrique pourrait être proposée.

Dans notre étude, on retrouve également, chez certaines patientes ce tiraillement entre le désir de garder la grossesse et celui de l'interrompre.

Dans les entretiens tous les membres de l'équipe soignante ont mis en avant des des difficultés psychologiques chez les patientes demandeuses D'IVG répétées. La conseillère a également un rôle dans l'analyse des conflits psychologiques pour pallier l'absence de psychologue.

En 1996, M.Törnbom (11), dans une étude portant sur 404 femmes de 20 à 29 ans compare 3 sous groupes : A1(n=137) l IVG, A 2(n=64) : 2 IVG ou plus et B(203): poursuite de la grossesse. Le sous groupe A2 des patientes qui font des IVG répétées a plus de problèmes psychologiques et sociaux; le niveau économique est plus bas que dans les autres groupes ; les patientes sont plus souvent seules qu'en couple, il est noté une situation instable du couple et une ambivalence envers la grossesse. Ces constats amènent l'auteur à proposer une

attention particulière non seulement sur l'utilisation d'une contraception efficace et acceptable mais aussi à prendre en compte les aspects psychologiques et sociaux chez ces patientes.

II-PROPOSITION DE CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE

Dans notre étude, le besoin d'une aide psychologique n'est que rarement suivi d'une consultation par un psychologue. L'idéal serait de pouvoir intégrer dans les centres de régulation des naissances des vacations pour un psychologue.
On pourrait proposer **une consultation avec un psychologue à toutes les patientes qui ont fait 2 IVG** afin de dépister des terrains fragiles et leur proposer une aide et un suivi thérapeutique si elles le désirent

III-LES FACTEURS SOCIAUX, CULTURELS ET FAMILIAUX

Pour Jacobson et coll.(32), l'avortement est d'autant plus utilisé comme contraception que le milieu social de la patiente est défavorable.

F.Jerome et coll. (18), examine les dossiers de 403 patientes ayant avorté entre 1975 et 1980, 16% des patientes avaient eu 2 avortements ou plus. Parmi les patientes ayant fait 2 IVG ou plus, une femme sur 2 est mariée, elles ont souvent fait des études supérieures (73%), et ont des enfants dans 66% des cas.

Dans notre étude , les femmes sont également principalement en couple et avec des enfants.

L'incidence cumulative des IVG croit régulièrement après la première IVG (10), ces patientes qui répètent les IVG sont majoritairement seules. Elles ont souvent un emploi.

Nos patientes ont également majoritairement un emploi, par contre elles sont plutôt en couple.

L'illettrisme ou l'analphabétisme sont aisément repérés par les soignants et la communication est alors adaptée: face à l'absence de compréhension de la langue Française par la patiente, notre centre dispose d'interprètes pour les principales nations représentées dans le département du 93, dans d'autres cas il est fait appel au conjoint ou aux amis lorsqu'ils maîtrisent la langue Française. Les soignants s'aident également de dessins, de schémas et de brochures de démonstration mises à leur disposition dans notre centre.

IV-LA CONTRACEPTION: MOYENS ET INFORMATION

Pour une femme sur deux il s'agit de grossesse non désirée ou d'oubli de pilule.

Le rôle de la conseillère conjugale a changé au fil des années, en effet au départ elle devait informer les patientes demandeuses d'IVG sur les aides possibles pour la future mère (allocations, hébergement…) ; actuellement on constate un rôle d'écoute mais également un rôle d'information sur la contraception, avec l'accent mis sur la pilule et le stérilet, la contraception locale est absente du discours. Ceci peut s'expliquer par le fait que la majorité des femmes ont des enfants et s'accommodent mal des préservatifs et des spermicides ; cependant ceux-ci peuvent constituer une contraception instantanée intéressante en cas d'oubli de pilule par exemple.

Pour Uria et coll.(10), Il n'y pas de contraception dans 70% des cas. Une intensification de l'information sur la contraception est proposée(10).

Dans notre étude, les femmes, utilisent régulièrement une contraception mais avec des failles; elles ne savent pas bien gérer les oublis de pilule, l'utilisation de la contraception locale et de la contraception d'urgence.

B.Howe (33), compare 1250 femmes ayant fait 1 IVG et 255 femmes ayant fait 2 IVG ou plus. Les patientes qui font des IVG à répétition utilisent plus la contraception que les patientes qui font une IVG pour la première fois (52% contre 32%), la pilule (60%), représente le moyen contraceptif le plus utilisé. En deuxième méthode contraceptive vient le DIU (17%). Les principaux motifs étaient l'oubli de la pilule, un accident, et l'absence de contraception.

Ces observations sont comparables à celles de notre étude.

En Roumanie, en 1993 BR. Johnson et coll.(34), mettent en évidence la néssécité pour les femmes d'avoir un large accès aux contraceptions modernes et le besoin d'accéder à une information de qualité sur la contraception.

Certaines patientes ont manifesté le désir d'avoir des pilules de dernière génération qui étaient peu dosées en hormone et qui leur permettaient de mieux gérer leur poids mais qui ne sont pas remboursées.

V-PROPOSITION DE REMBOURSEMENT DES PILULES

A ce titre**, un remboursement des pilules de dernière génération** pourrait jouer un rôle positif dans l'adhésion à la contraception.
D'autres patientes ont exprimé le désir d'avoir une ligature tubaire mais celle ci est régulièrement refusée depuis quelques années lorsque la grossesse ne met pas en péril la santé de la mère.

Le rapport établi par le Professeur M. Uzan (1), fait ressortir que les patientes sont d'autant plus à risque de répétition d'IVG que l'âge de la première grossesse a été précoce. L'action préventive sur la répétition des IVG devrait se faire très

tôt avant 25 ans par une information dans les planning, mais également dans les lycées et collèges voire l'organisation régulière de campagnes d'information par les médias (Presse, Télévision, radio).

Dans une étude de 77 patientes, qui ont eu des IVG répétées, S.M. Schneider et coll. (35), interrogent ces dernières sur la contraception avant la première IVG : 50% d'entre elles déclarent prendre une contraception, alors qu'après la première IVG, 70% prennent une contraception. Un an avant une nouvelle IVG seules 13% des femmes n'utilisent pas de contraception, ce chiffre passe à 41% au moment de la conception et à 0% en post abortus, ces chiffres montrent bien que la contraception passe par un pic maximal en post IVG puis va progressivement decroître.

Dans notre étude, la plupart des femmes interrogées se plaignent du coté astreignant de prendre quotidiennement la pilule et déclarent parfois arrêter quelques jours, voire un cycle.
La contraception d'urgence qui ne devrait pas devenir une routine mais garder son caractère exceptionnel, pourrait-être fort utile si ses indications et son mode d'utilisation étaient bien connues par les patientes.

L'information sur la contraception rentre dans le cadre général de l'information médicale. Son objectif serait d'éviter une partie des grossesses non désirées.
De quels critères de forme et de fond devrait s'approcher cette information?
Pour essayer de répondre à cette question, il faut remonter aux sources de la relation médecin-malade..

A ce sujet, C. Hervé (36), dans son exposé sur le problème de l'information et du consentement éclairé retrace l'historique jusqu'à nos jours de cette relation. La conception de la relation médecin-malade était basée sur une relation de type

paternaliste. Cette relation a changé au fil des années, pour devenir de type contractuelle faisant appel à deux partenaires. Pour ce faire, le patient devait donc avoir une information. Cette information se devait d'être simple, loyale et approximative (1975). En cas de défaut d'information, c'était au patient d'en apporter la preuve.
Saragos, en 1997, écarte ce modèle, la charge de la preuve de l'information incombe dorénavant au médecin; l'information devenant totale et obligatoire pour tous les risques mêmes exceptionnels. Le 5 Janvier 2000, le Conseil d'Etat confirme l'arrêt Saragos.

Un des moyens de préventions des IVG à répétition et donc des complications possibles (qui vont probablement augmenter avec le nouveau projet de Loi qui vise à faire passer le délai d'IVG de 10 à 12 semaines de grossesses; 37, 38), est une mâitrise des moyens contraceptifs, ce qui ne va pas sans une information totale et compléte des patientes.

VI-PROPOSITION DE CONSULTATION D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

Pour ce faire, il faudrait sûrement rajouter **une consultation supplémentaire d' information sur la contraception pour toutes les femmes qui ont eu 2 IVG.**
L'information porterait sur les différentes méthodes de contraception avec des rappels sur le mode d'emploi, la contraception de rattrapage, la contraception d'urgence, comment et où se la procurer. Cette information serait orale, éventuellement complétée d'illustrations par des schémas et des dessins. On pourrait remettre à la patiente à la fin de consultation un document d'information

sur la contraception traduit dans les principales langues pratiquées dans le département concerné avec toutes les informations pratiques sur la contraception (méthodes, choix, urgences, lieu de procuration).

VII-LES FACTEURS ECONOMIQUES

Dans notre étude, tous les foyers interrogés, possèdent des revenus raisonnables. On ne peut pas conclure que les patientes que interrogées sont dans des états de précarité, ce qui est peut être le cas pour certaines patientes que nous n'avions pas pu joindre par téléphone.

Néanmoins, l'équipe des soignants relate que certaines patientes qui font des IVG à répétition, sont dans une **grande précarité** et ne peuvent acheter la pilule. On pourrait proposer **la gratuité de la pilule** pour ces femmes.

VIII-LES COMPLICATIONS DES IVG A REPETITION

L'IVG par méthode médicamenteuse a quasiment fait disparaître les complications liées à la méthode chirurgicale. Elle a fait disparaître les complications de la chirurgie tels que les synéchies endo-utérines responsables de stérilité, les perforations utérines et des organes de voisinage (intestins, vessie..), les endométrites, les béances cervico ismithiques, néanmoins la méthode médicamenteuse a ses limites, puiqu'on ne peut la prescrire après 7 semaines d'aménorrhée, en effet au-delà le taux d'échec est élevé et les complications hémorragiques sont fréquentes (39).

IX-LIMITES ET CRITIQUES DE NOTRE ETUDE

La population étudiée est celle qu’on a pu joindre par téléphone, par conséquent, les patientes qui soit n’avaient pas le téléphone soit dont la ligne n’était pas attribuée représententent peut être une partie de la population plus défavorisée

sur le plan socio-économique ; par ailleurs, un bon nombre de patientes avaient fourni au service un faux numéro ce qui montre bien la difficulté qu'elles éprouvent à en parler avec leur entourage proche voire ne pas leur en parler du tout et peut être le désir de ne pas être joignable.

Les réponses aux questionnaires permettent de dégager des tendances fortes tout de même puisque nous avons un collectif de 30 femmes, mais non des certitudes. En effet nous étions partis avec une population de 147 personnes susceptibles de nous fournir des réponses, avec à l'arrivée 30questionnaires de 28 questions dûment remplis, ceci tient à la façon dont nous avions contacté les patientes, nous n'avions pas d'autres choix que le téléphone, en effet adresser un courrier était exclus étant donné qu'un certain nombre de patientes étaient au secret médical et qu'elles n'avaient pas forcément informé leur partenaire ou leurs familles qu'elles allaient pratiquer une IVG.

Nous n'avions pas pu approfondir certains thèmes comme les rapports de la sexualité et de l'IVG, le rôle du partenaire sexuel dans les prises de décision…

Ainsi, nous avons, utilisé la méthode possible la moins inadaptée, d'autres n'apparaissaient meilleures, posant des problèmes trop intimes, psychologiques ou éthiques importants(entretiens semi-directifs, questionnaire difficile à remplir vu l'illettrisme et surtout impossible à envoyer par la poste (secret médical).

Une critique générale sur les entretiens: Ils sont relativement courts, malgré les relançements, ceci tient en partie au sujet, le discours n'est pas facile.

CONCLUSION

Cette évaluation montre des possibilités d’amélioration de la prise en charge des patientes qui font des IVG à répétition.
Les patientes qui ont fait 2 IVG ont majoritairement eu recours à d'autres IVG.
Un besoin d'aide et de suivi psychologique est réclamé par une bonne partie des patientes qui font des IVG à répétition.
La contraception chez ces patientes est mal gérée et mal adaptée bien qu'existante.
Dans certains cas des difficultés économiques ne permettent pas aux patientes de se procurer leur contraception.
Nous proposons en plus des consultations habituelles pour les patientes qui ont fait 2 IVG:

Une consultation médicale sur la contraception avec une information orale et écrite avec la remise d'un document adapté et traduit dans les principales langues du département éventuellement illustré de dessins et schémas sur la façon de prendre la contraception: modes d'utilisation mais également sur les contraceptions d'urgence et de rattrapage.

Une consultation avec un psychologue lorsque les patientes le désirent avec éventuellement un suivi (analyse, thérapie..) avec la création dans les plannings familiaux de postes pour les psychologues.

Des mesures plus générales:
l'information sur les contraceptions pourrait être approfondie dans les colléges et les lycées.
Des campagnes nationales d'information sur la contraception pourraient être Organisées régulièrement.
La gratuité de la pilule dans les états de précarité.
Le remboursement des pilules de dérniére génération.

L’accès à une information totale et complète sur les moyens contraceptifs reste une des bases de la prévention des avortements répétés néanmoins l’appréciation de facteurs de risques, doit orienter différemment notre discours et nos actes.
La prise en charge de ce problème ne doit pas se limiter à la technicité médicale, mais prendre également en charge les aspects sociaux, économiques, culturels et psychologiques de l’individu.

BIBLIOGRAPHIE

1-Pais P. Thèse de Doctorat en Médecine: Profil Psychologique des adolescentes mineures recourant à l'IVG. Université Paris Nord.Nov 99.

2-Uzan M. La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes : Rapport au Directeur Général de la Santé.Hop. J. Verdier.93143 Bondy. Université Paris Nord.AP-HP; INSERM U 361; Avril 1998.

3-Nisand I. l'IVG en France, propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport réalisé à la demande de M. Aubry, Ministre de l'emploi et de la solidarité et de B.Kouchner, secrétaire d'état à la santé et à l'action sociale. Fev.1999.

4-IVG : Historique. La loi sur l'IVG : avant la loi, après la loi : S.Troisier, P.Barjot. DEA d'éthique médicale et biologique 1999-2000. www.inserm.fr/ethique.

5-Blayo C: l'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976. Population; 1995, NO, 79-810.

6-Skjeldestad FE, Bakketeig LS. Induced abortion: trends in the tendency to repeat, Norway, 1972-81. Scand. J. Soc. Med. 1986;14(4): 205-9.

7-Tietze C, Bongaarts J. Repeat abortion in the United States : new insight. Stud Fam Plan. 1992 Dec; 13:373-9,384.

8-Naziri d. Father ,partener and gynaecologist. The male in the discourse of women with a history of multiple induced abortions: a clinical approach.Dialogue –association-française des centres de consultation conjugale; 1994,NO.125;P.69-78.

9-Tornbom M, Moler.A.Repeat abortion: a qualitative study. J. psychosom – obstet- gyneacol.1999 Mar, Vol:20(1)P: 21-30.

10-Uria-M, Mosquera-C. Legal abortion in Australia after the law: sociodemographics characteristics of women applying for abortion. Eur-J-Epidemiol 1999Jan, VOL/15(1),P:59-64.

11-Tornbom M, Ingelhammar E, Lilja H, Moller A, Svanberg B. Repeat abortion: a comparative study. J. Psychosom-Obstet-Gyneacol 1996 Dec, VOL :17(4), P:208-14.

12-Lapple M.Interruption volontairede grossesse. Etude descriptive et quantitative des aspects psychologiques psychosociaux. Contracept-Fertil-Sex 1994 Feb, VOL: 22(2),P:117-22.

13-Millar-W-J, Wadhera-S, Henshax-S-K. Repeat abortion inCanada,1975-1993. Fam.plann.Perspect 1997 Jan-Fev, VOL:29(1),P:20-4.

14- Heinrich JF, Bobrowsky RF. The incidence of repeat induced abortion in a randomly selected women : a retrospective study. The J. of Reprod. Med.29(4):260-64.

15-Henshaw SK, Binkin NJ, Blaine E, Smith JC. A portrait of American women who obtain abortions .Fam. Plann. Perspect 1985Mar-Apr;17(2): 90-6.

16-Berger c, gold D, Andres D, Gillet P, Kinch R. Repeat abortion: is it a problem ?. Fam. Plann. Pespect.1984 Mar-Apr; 16(2): 70-5.

17-Lawson HW, Atrash HK, Saftlas AF, Koonin LM, Ramick M, Smith JC. abortion surveillance, USA, 1984-1985. Mor. Mortal. Wkly Rep CDC Surveill Summ. 1989 Sep; 38(2):11-45.

18- Holmgren k. Repeat abortion and contraceptive use. Report from an interview study in Stockholm. Gynecol. Obstet.Invest 1994;37(4):254-9.

19-Tornbom M, Ingelhammar E, Lilja H, Svanberg B, Moller A. Decision-making about unwanted pregnancy. Acta Obstet. Gynecol Scand 1999 Aug; 78(7): 636-41.

20-Osler M, David HP, Morgall JM. Multiple induced abortions: Danish experience. Patient Educ. Couns 1997 May, 31(1): 83-9.

21-Westfall JM, Kallail KJ. Repeat abortion and use of primary care health services. Fam.Plan.Perspect 1995 Jul-Aug;27(4): 162-5.

22-Skjeldestad FE ; the incidence of repeat induced abortion-a prospective cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand . 1994Oct; 73(9): 706-10.

23-Osler m, Morgall JM, Jensen B, Osler M. Repeat abortion in Danemark. Dan. Med. Bull.1992 Feb;39(1): 89-91.

24-Somers RL. Repeat abortion in Denmark: an analysis based on national record linkage .Stud.Fam.Plan 1997 Jun;8(6): 142-7.

25-Lehfeldt H. Immediate post abortion insertion of an IUD. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Bilo 1984 May, 17(2-3): 141-7.

26-Gispert M, Brinich P, Wheeler K, Krieger L. Predictors of repeat pregnancies among low-come adolescents. Hosp Community Psychiatry 1984 Jul; 35(7): 719-23.

27-Abrams M. Birth control use by teenagers. One and two years post abortion. J. Adolesc. Health Care 1985 May; 6(3): 196-200.

28-Astrah HK, Hogue CJ. the effect of pregnancy termination on future reproduction. Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol 1990Jun;4(2): 391-405.

29- Pélicier Y. dans Ethique Médicale ou Bioéthique? C. Hervé. Ed. L'Harmattan, 1997.Cahiers l'Ethique en mouvement. p: 26.

30-Lang F, Berger M, Pellet.J, Debout M, Marcon m. A propos de la personnalité des femmes ayant recours à des IVG repétées. Ann.Med.Psychol (Paris) 1980 Sept-Oct, VOL 138(8), p : 992-1002.

31-Blumenfield M. Psychological factors Involved in request for elective abortion. J.Clin. Psychiat. 1978; P:17-25.

32-Jacobsson L, Lundin G, Palm U. Repeated legal abortion. Psykiat.Klin. Uméa Las. ,Umea, Sweden 1976; 73/22: 2100-2103.

33- Howe B, Kaplan R, English C. Repeat abortion: blamming the victims. Am. J.Public Health 69 :1242-1246, 1979.

34-Johnson BR, Horga M, Andronache L. Contraception and abortion in Roumania. Lancet1993; 341:875-78.

35-Schneider SM, Thompson DS. Repeat aborters. Am.J. Obstet. Gynecol.Oct 1, 1976; P:316-20.

36- Hervé C. Problémes de l'information et du consentement éclairé. DEA d'éthique médicale et biologique 1999-2000. www. inserm. fr/ethique.

37-Frydman R. IVG: l'inquiétante recherche de "l'enfant parfait". Journal Le Monde; 01/08/2000, p: 13.

38-Colloque contraception, IVG; mieux respecter les droits des femmes. Les documents d'information de l'Assemblée Nationale. Onziéme Législature. Délégation aux droits des femmes. 2000 ; p : 95,108.

39- Alouini S, Uzan M. Eléments décisionnels dans le choix de la technique d'IVG. Quatrièmes Journées de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital J. Verdier; mai 2000, P : 1-2.

ANNEXES

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE SUR LES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG) A REPETITION

(cocher la case correspondante)

1-Quel âge avez vous ?

a-entre 12 et 18 ans ☐
b-entre 18 et 25 ans ☐
c-entre 25 et 30 ans ☐
d-entre 30 et 35 ans ☐
e-entre 35 et 40 ans ☐
f-plus de 40 ans ☐

2- quelle est votre origine géographique ?

a -Afrique ☐
b-Asie ☐
c-Europe du nord ☐
d-Europe du sud ☐
e-DOM-TOM ☐
f-France ☐
g-autre ☐

3- Pratiquez-vous une religion :

a-catholique ☐
b-protestante ☐
c-juive ☐
d-musulmane ☐
e-boudhiste ☐
f-autre ☐
g-aucune ☐

4-Etes vous ?
a-mariée ☐
b-vivant en couple dans le même domicile ☐
c-en couple avec domiciles séparés ☐
d-divorcée ☐
e-seule ☐

5 - Habitez-vous avec:

a-votre ami ou mari ☐
b-seule ☐
c-sans domicile fixe ☐
f-autre ☐

6- Combien de fois avez vous eu recours à l'IVG (INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE) :

a-2 fois ☐
b-3 fois ☐
c-4 fois ☐
d-5 fois ☐
e-plus de 5 fois ☐

7-Avez vous eu toutes vos IVG
a- dans le même centre ☐
b- dans un centre différent ☐

si dans un centre différent pourquoi:
c-changement de domicile ☐
e-refus du premier centre ☐
f-orientation par votre médecin ☐
g-autre ☐

8-Combien d'enfants avez vous :

a - 1 ☐
b - 2 ☐
c - 3 ☐
d - 4 ou plus ☐
e - aucun ☐

9-Pour quels motifs avez vous eu recours à l'IVG ?

a - grossesse non désirée ☐
b - manque de moyens financiers ☐
c - pression de l'entourage ☐
d - situation instable du couple ☐
e - abandon du conjoint (mari ou ami) ☐
f - autre ☐ Précisez :
g-accident ☐
h-oubli de pilule ☐

10-Quelle est votre situation professionnelle:

a-avec emploi ☐
b-sans emploi ☐
c-etudiante ☐

11- Qu'elles sont les ressources économiques actuelles de votre foyer :
a-sans ☐
b-RMI ☐
c-SMIC ☐
d-entre 6000 et 10 000 francs /mois ☐
e- au-dessus de 10 000 francs /mois ☐

12-Utilisez vous régulièrement une contraception (la pilule ou autre) :
a-oui ☐
b-non ☐

13- Si oui laquelle :
a-pillule ☐
b-présérvatifs ☐
c-spérmicides (crèmes ou ovules) ☐
d-stérilet ☐
e-autre ☐ laquelle:

14-Quels sentiments avez vous ressenti quand vous avez opté pour l'IVG :

a-culpabilité ☐
b-détresse psychologique ☐
c-dépression ☐
d-agressivité ☐
e-indifference
f-autres ☐ lesquels:

15- pensez vous avoir eu besoin d'une aide psychologique :
a-oui ☐
b-non ☐

16- Si oui vous l'a t-on proposé :
a- oui ☐
b-non ☐

17-pensez vous que les médecins vous ont proposé une contraception efficace pour éviter d'avoir recours aux IVG:
a- oui ☐
b-non ☐

18-Pensez vous que les moyens contraceptifs que l'on vous a proposé coûtaient trop cher
a-oui ☐
b-non ☐

19- Savez vous que la pilule contraceptive peut être distribuée gratuitement dans les planning aux mineures:

a - oui ☐
b - non ☐

20-Savez vous qu'il existe la pilule dite du lendemain qui est une contraception d'urgence:
a-oui ☐
b-non ☐

21-Connaissez vous la nou
velle contraception d'urgence pouvant être achetée sans ordonnance
a-oui ☐
b-non ☐

22-Faites vous un rattrapage de pilule lorsque vous l'oubliez un jour
a-oui ☐
b-non ☐

23-Vous a t-on proposé de mettre un stérilet:
a- oui ☐
b-non ☐

24-la répétition des IVG a t-elle entraîné chez vous des complications :

a-pas de règles ☐
b-stérilité ☐
c-infection ☐
d-fausses couches ☐
e-troubles sexuels ☐
f-troubles psychologiques ☐
g-autres : ☐
h-aucune ☐ lesquels :

25- Pensez vous avoir été bien informée sur les moyens contraceptifs (pilule et autres) après vos IVG ?

a- oui ☐
b-non ☐

26-Est ce que les médecins ont eu avec vous un discours différent selon qu'il s'agissait de la première IVG, de la deuxième, de la troisième ou plus

a - oui ☐
b - non ☐

27- Quelle contraception souhaiteriez vous que l'on vous propose :

a-pilule ☐
b-stérilet ☐
c-injections ☐
d-ligature tubaire ☐
e-autres ☐

28- Auriez vous souhaité un suivi:
a-psychologique ☐
b-assistante sociale ☐
c-psychiatre ☐
d-autre : ☐ lequel:
e-non ☐

Annexe 2

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES FEMMES QUI FONT DES IVG A REPETITION

1-Que dites-vous à une personne vous demandant une IVG, quelles sont les informations que vous lui donnez ?

2-Cette information est-elle différente si la femme est à sa 2ème, 3ème, voire nième IVG ?

3-Ya t-il des repérages de profil psychologique, sociaux, économiques, culturels voir religieux qui vous auraient amené à modifier l'information standart et dans l'affirmative donner 2 ou 3 exemples :

4-Comment vous assurez-vous de la faculté de compréhension et de l'absence d'illétrisme ou d'analphabétisme chez ces populations d'autant plus qu'elles réitérent les IVG ?

ANNEXE 3

ANNEXE 3 : <u>Résultats du questionnaire</u>

Questions	Total	%
Age	**30**	
12-18 ans	0	0,00%
18-25 ans	2	6,67%
25-30 ans	7	23,33%
30-35 ans	5	16,67%
35-40 ans	13	43,33%
Sup 40 ans	3	10,00%
Origine	**30**	
Afrique	10	33,33%
Asie	3	10,00%
Europe Nord	4	13,33%
Europe Sud	0	0,00%
Dom -Tom	4	13,33%
France	9	30,00%
Autre	0	0,00%
Religion	**30**	
Catholique	11	36,67%
Protestant	1	3,33%
Juif	0	0,00%
Musulman	4	13,33%
Boudhiste	0	0,00%
Autre choix	1	3,33%
Aucune relig	13	43,33%
Situation conjugale	**30**	%
Mariée	12	40,00%
Concubinage	10	33,33%
Domiciles séparés	2	6,67%
Divorcée	2	6,67%
Seules	4	13,33%

Domicile	30	
Avec Mari ou concubain	23	76,67%
Seule	7	23,33%
SDF	0	0,00%
Autre	0	0,00%

Nombre d' IVG		**30**	
Deux		8	26,67%
Trois		15	50,00%
Quatre		3	10,00%
Cinq		4	13,33%
Sup Cinq		0	0,00%
Lieu		**30**	
Mem Centre		7	23,33%
Centre Diff		23	76,67%

Si Centre Différent		**23**	
Chang Dom		17	73,91%
Refus Pre Ce		1	4,35%
Orienta Mede		2	8,70%
Autre		3	13,04%
Nb Enfants		**30**	
Un		5	16,67%
	2	9	30,00%
	3	8	26,67%
Quatre /plus		7	23,33%
Aucun		1	3,33%
Motifs IVG		**69**	
Grossesse non desirée		21	30,43%
Manque moy. Financ.		5	7,25%
Pression entourage		1	1,45%
Couple instable		5	7,25%
Abandon conjoint		4	5,80%
Autre		7	10,14%
Accident		13	18,84%
Oubli pilule		13	18,84%
Situ. Profess.		**30**	
Avec Emploi		23	76,67%
Sans Emploi		6	20,00%
Etudiante		1	3,33%

Ress. Econ.	**30**	
Sans	0	0,00%
RMI	1	3,33%
SMIC	4	13,33%
"6000-10000" Francs	15	50,00%
">10000"	10	33,33%
Contraception	**30**	
OUI	23	76,67%
NON	7	23,33%
Si OUI	***24***	
Pilule	18	75,00%
Preservatifs	2	8,33%
Spermicides	0	0,00%
Sterilet	4	16,67%
Autre	0	0,00%
Sentiments	**42**	
Culpabilite	12	28,57%
Detresse psy	4	9,52%
Depression	13	30,95%
Agressivite	0	0,00%
Indifference	10	23,81%
Autre	3	7,14%
Besoin Aide Psycholog	**30**	
OUI	7	23,33%
NON	23	76,67%
Si oui, Prop	**7**	
OUI	2	28,57%
NON	5	71,43%
Cont Medecin	**30**	
OUI	23	76,67%
NON	7	23,33%
Prix	**30**	
OUI	8	26,67%
NON	22	73,33%
Pilule Gratuite ?	**30**	
OUI	21	70,00%
NON	9	30,00%

Pilule du lendemain	**30**	
OUI	15	50,00%
NON	15	50,00%
Contraception d'urgence	**30**	
OUI	3	10,00%
NON	27	90,00%
Rattrap Pilule?	**30**	
OUI	21	70,00%
NON	9	30,00%
Proposition Sterilet?	**30**	
OUI	24	80,00%
NON	6	20,00%
Complications	**31**	
Pas regles	1	3,23%
Sterilite	1	3,23%
Infection	0	0,00%
Fauss couch	1	3,23%
Troubles sex	0	0,00%
Troubles psy	1	3,23%
Autres	3	9,68%
Aucune	24	77,42%
Bonne info?	**30**	
OUI	22	73,33%
NON	8	26,67%
Disc. Med.différent	**30**	
OUI	9	30,00%
NON	21	70,00%
Contraception Souhaitée	**30**	
Pilule	7	23,33%
Stérilet	6	20,00%
Preservatifs	2	6,67%
Ligature tubaire	5	16,67%
Injection	2	6,67%
Aucune	3	10,00%
Autre	5	16,67%

Suivi souhaité	**32**	
Psychologique	8	25,00%
Assist Socia	2	6,25%
Psychiatre	2	6,25%
Autre	1	3,13%
NON	19	59,38%

ANNEXE 4

ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES FEMMES QUI FONT DES IVG A REPETITION

(1) avec une conseillère conjugale

1-Que dites-vous à une personne vous demandant une IVG, quelles sont les informations que vous lui donnez ?

En qualité de conseillère conjugale, j'essaye d'établir un lien avec la personne pour qu'elle puisse elle-même établir un lien avec ce quelle ressent à ce moment là et qu'elle puisse essayer de comprendre le sens de ce qui lui arrive à ce moment précis de son parcours. Essayer 2ème volet à mes yeux de l'entretien de la conseillère c'est à dire que l'on ne peut pas le faire lors d'une visite post je pense que le moment serait beaucoup plus appropriée, en fin d'entretien il y a une information à dispenser sur la contraception, essayer d'imaginer avec elle qu'elle serait le mode de contraception le plus valable, comme le stérilet qui ne bénéficie que très rarement d'une information valable et que dans beaucoup de cas il serait absolument indiqué.
De toute façon, je demande toujours à la personne ce qui s'est passé pour que précisément elle devienne enceinte alors qu'elle ne le souhaitait pas dans la majorité des cas, donc on démarre un peu l'entretien en précisant le problème de contraception que l'on a pu constater et à partir du problème spécifique de la dame on va pouvoir évoquer en fin d'entretien les différents modes de contraception qui dans son cas serait valable, si la dame a du cholestérol par exemple bon alors la pilule, pas de pilule, le stérilet ou bien si elle est très rétive à l'idée d'employer n'importe quel mode de contraception, comment essayer de la persuader, certaines évoquent une ligature des trompes enfin, il y a une

information qui touche à peu près tous les modes de contraception et en essayant très doucement de faire tomber certaines résistances des patientes qui d'ailleurs ont abouti à ce qu'elles deviennent enceintes. La contraception dans beaucoup de cas ne bénéficie pas d'une approche favorable car elle signifie contrainte et apparemment il y a beaucoup de femmes jeunes et moins jeunes qui ne souhaitent pas les contraintes de la contraception.

2-Cette information est-elle différente si la femme est à sa 2ème, 3ème, voire nième IVG ?
Lorsqu'une femme vient demander une 4ème ou 5ème IVG, il est bien évident qu'il y a derrière cette demande un problème psychologique majeur donc dans la première partie de l'entretien il va être question de ces difficultés, à relier avec ce que peut représenter la prise d'un contraceptif mais dans un premier temps, il faut vraiment s'occuper de l'état psychologique de la personne et essayer de l'amener à comprendre ce qu'elle remet en scène à chaque grossesse qui doit être interrompue. Par la suite, toujours dans la deuxième partie, il va y avoir une information assez spécifique en fonction de l'âge de la dame et de ses caractéristiques psychologiques de ce qui s'est manifesté dans le premier entretien donc cette information, elle doit être rigoureuse mais il faut là aussi agir finement parce que si la femme est dans la résistance à la contraception pour une raison qui est à déterminer, il faut pouvoir arriver à être en empathie avec cette personne pour apporter l'information rationnelle qui va pouvoir être entendue. Donc moi personnellement dans mes consultations j'essaye d'affiner au maximum en fonction de la personne que j'ai en face de moi, l'empathie et l'intuition sont deux outils essentiels d'une consultation que j'essaye de mener de la manière la plus personnalisée possible.

3-Ya t-il des repérages de profil psychologique, sociaux, économiques, culturels voir religieux qui vous auraient amené à modifier l'information standard et dans l'affirmative donner 2 ou 3 exemples :

Je n'ai pas tellement d'information standard, il est évident que la première partie de l'entretien va me permettre de comprendre à quelle catégorie socioprofessionnelle j'ai à faire, éventuellement la personne parle spontanément de son appartenance ethnique, religieuse et cela évidement me donne des pistes pour pouvoir comprendre son attitude devant la contraception c'est à dire un

tabou ou des difficultés familiales, il est évident que les jeunes filles soit catholiques, soit maghrébines qui sont élevées dans des milieux extrêmement rigoristes ont des difficultés d'ordre éthique et d'ordre pratique à pouvoir prendre la pilule par exemple, il y a là des difficultés dont on doit absolument tenir compte, il y a des difficultés culturelles et économiques, la vraie pauvreté effectivement c'est d'avoir du mal à comprendre la contraception et également de pouvoir se la procurer, on est là face à une réelle pauvreté chez certaines femmes dans le 93 par exemple, donc il est évident qu'en fonction de ce profil que je peux repérer, je vais orienter avec la plus grande délicatesse en vue de la meilleure efficacité la partie de mon entretien consacrée à la contraception.

4-Comment vous assurez-vous de la faculté de compréhension et de l'absence d'illettrisme ou d'analphabétisme chez ces populations d'autant plus qu'elles réitèrent les IVG ?

Il est évident que les problèmes d'illettrisme ou d'analphabétisme sont patents chez certaines personnes, on s'en aperçoit évidement très rapidement ne serait-ce que lorsqu'il faut faire remplir la confirmation par écrit qui est demandée. Dans ces cas là, il faut agir avec beaucoup de pédagogie, éventuellement faire répéter ce que l'on a pu déclarer ou affirmer ou expliquer, moi je trouve que je n'ai pas tellement de problème de compréhension, je peux m'apercevoir effectivement en faisant répéter que j'ai été comprise, ce qui est très difficile c'est quand la personne effectivement ne parle pas la langue et qu'on a faire à un interprète qui est très souvent le mari, alors là on est dans une difficulté colossale parce qu'il faut constamment solliciter le mari ou l'interprète pour qu'il retraduise et essayer de voir que la même longueur de phrase a bien été traduite et on a très souvent le sentiment que ce n'est pas le cas, il y une grande frustration, une grande inquiétude pour la suite mais je dois dire que moi personnellement, j'associe quand même l'IVG itérative à une grande difficulté psychologique donc je vais avoir à coeur d'essayer d'ouvrir un petit peu un petit quelque chose dans le psychisme de la personne de manière à ce qu'elle comprenne qu'il faut qu'elle arrive à dire ses difficultés en tout cas d'une autre manière que par une grossesse à répétition. Je vais m'employer à cela, j'espère l'avoir fait dans certains cas mais avec la demande d'interruption de grossesse on est au coeur du problème féminin, donc on agit dans le domaine rationnel mais le domaine affectif reste toujours d'un grand mystère et pour la personne elle-même et pour les intervenants et donc là on se heurte évidemment à ce que la personne a de plus précieux.

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES FEMMES QUI FONT DES IVG A REPETITION

(2) avec un médecin gynécologue du planing familial

1-Que dites-vous à une personne vous demandant une IVG, quelles sont les informations que vous lui donnez ?

Entretien médical classique avec interrogatoire demandant les ATCD medico-chirurgico-obstétricaux et gynécologiques antérieurs. Ensuite pratique d'un examen gynécologique et une échographie. Constate le terme de la grossesse propose à la patiente les différentes méthodes qui s'offrent à elle pour pratiquer l'IVG qu'elle demande.
Si la personne est disposée à parler d'elle-même de ses problèmes etc. évidemment l'écoute est ouverte, si au contraire ce qui a du être fait déjà avec la conseillère, elle n'arrive pas à exprimer ses angoisses, on peut lui laisse un temps.
Les informations peuvent être données dès la première consultation concernant les méthodes de l'IVG mais aussi la contraception future.

2-Cette information est-elle différente si la femme est à sa 2ème, 3ème, voire nième IVG ?

Cette information n'est pas différente mais par contre on s'interroge sur le problème de la non-acceptation d'une contraception, en relation sans doute avec un désir inconscient d'enfant ou des problèmes qui n'ont pas été réglés lors de la

première IVG donc le temps d'écoute et le temps de parole va être différent et cette consultation sera plus basée sur le profil psychologique éventuel de la patiente que sur le problème purement médical et informatif de l'IVG en tant que tel.

3-Ya t-il des repérages de profil psychologique, sociaux, économiques, culturels voir religieux qui vous auraient amener à modifier l'information standard et dans l'affirmative donner 2 ou 3 exemples :

Il y a des repérages multiples concernant les différentes propositions mais par exemple l'acceptation dans certains milieux africains, voire femmes maliennes etc. d'une contraception qui mettrait en péril dans leur esprit leur fertilité future telle est difficile à faire passer donc le temps d'information doit être plus long, la décision passe souvent par le mari et non la femme et donc aussi convaincre le mari demande une approche différente de la consultation.
Certaines conditions économiques font qu'il faut adapter la contraception future à ces temps économiques et donc essayer d'avoir des pilules remboursées par exemple, gratuites si possible etc.En fait, on s'adapte à chaque fois. Chaque patiente demande une adaptation de la consultation et de l'information.

4-Comment vous assurez-vous de la faculté de compréhension et de l'absence d'illétrisme ou d'analphabétisme chez ces populations d'autant plus qu'elles réitèrent les IVG ?

On voit qu'elles sont analphabètes ou qu'elles sont illettrées ou qu'elles ne comprennent pas ce qu'on leur dit et je pense qu'il faut surtout adapter son langage pour les thérapeutes à la culture de l'autre ce qui n'est d'ailleurs pas chose aisée et certains messages peuvent être passés en faisant preuve d'une grande adaptation et d'une compréhension de la culture des autres.
Beaucoup de dessins, de mimes, d'images, on leur montre les différents trucs, on leur montre le ventre, on dit que le truc il va rentrer dans le ventre, dans l'utérus, on leur explique un peu, enfin on essaye, maintenant on a aussi les copines qui parlent la même langue qui peuvent venir, on demande toutefois l'aide d'un élément extérieur qui parle la langue, par exemple chez les turcs maintenant on a une communauté turque dans ce centre qui vient automatiquement avec une copine interprète.

ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES FEMMES QUI FONT DES IVG A REPETITION

(3) avec une infirmière cadre du planing familial

1-Que dites-vous à une personne vous demandant une IVG, quelles sont les informations que vous lui donnez ?

la première question que je pose c'est de connaître la date de ses dernières règles et pour évaluer un petit peu cette grossesse et lui donner les différentes méthodes d'IVG sur le centre et en lui disant bien que c'est le médecin qui lui donnera la marche à suivre d'après l'échographie, ensuite on va essayer d'évaluer ensemble pourquoi cette grossesse, pourquoi elle n'a pas pris la contraception, si c'est d'ordre financier, si c'est d'ordre physique, mental enfin si c'est une jeune si elle a reçu une information au niveau du lycée ou du collège ou une information quelconque de la part de ses parents enfin, on va essayer d'évaluer un petit peu tout cela et après je la dirige vers la conseillère conjugale.

2-Cette information est-elle différente si la femme est à sa 2ème, 3ème, voire nième IVG ?

Si c'est la deuxième IVG, on peut considérer encore que c'est un accident et puis une mauvaise prise en charge enfin, on va essayer d'évaluer pourquoi cette grossesse mais si par contre elle est déjà à sa 3ème IVG on va essayer de faire un travail d'ordre psychologique en tout cas et de façon à ce qu'elles ne récidivent plus, mais ce n'est pas du tout évident parce que parfois il y a le culturel, il y a tellement de choses à travailler que ce n'est pas évident.
L'information sera exactement la même, le contenu de l'information sera le même mais il va y avoir un petit peu de plus dans le sens qu'il ne faudrait plus qu'elle revienne faire une IVG et puis après c'est le médecin qui prend le relais

mais c'est une concertation de groupe aussi, c'est important de pouvoir orienter la femme de façon à qu'elle ait une meilleure prise en charge en tout cas de sa contraception.

3-Ya t-il des repérages de profil psychologique, sociaux, économiques, culturels voir religieux qui vous auraient amener à modifier l'information standard et dans l'affirmative donner 2 ou 3 exemples :

Oui tout à fait c'est à dire que l'information par elle-même sera toujours la même mais il est vrai que selon le milieu culturel, religieux eh bien rentrent en ligne de compte, en fait-on s'aperçoit que la femme n'est pas toujours très libre de faire ce qu'elle a envie et surtout chez les musulmans qui sont très rationnels, pour les musulmanes africaines le médecin va lui indiquer qu'il existe d'autres méthodes qui soient au secret vis à vis du mari, je pense au Depoprovera et quand on leur propose ce genre de contraception on s'aperçoit qu'après elles y sont très fidèles. Cela peut être un exemple. Chez les maghrébines, on s'aperçoit que même si elles ont 25 ans alors qu'elles peuvent avoir des relations sexuelles, elles ne sont toujours pas libres de leur corps puisqu'il y a toujours cette pression familiale qui est là et cela nous dépasse un petit peu et puis que faire face à cela ça je ne sais pas, en tout cas il ne nous appartient pas de juger cela c'est sûr. Psychologiquement il y a des idées toute faites par rapport à la pilule : que la pilule fait grossir, que la pilule c'est trop cher, donc là aussi, c'est vraiment un gros travail pour nous de faire accepter une pilule. Il faut aussi parler du problème financier qui parfois quand on entend dire une patiente "la pilule est trop cher" et " même 15 F c'est enlever à manger de la bouche de mes enfants" c'est quand même pas très facile. Il est bien évident que ces femmes qui sont demandeuses d'une contraception et qui ont un gros problème financier, il faudrait trouver une solution pour leur fournir gratuitement ou en tout cas leur fournir la contraception de façon à ne pas avoir et cela nous arrive trop souvent, en tout cas dans le 93.

On ne modifie pas l'information par rapport au profil, simplement que si c'est d'ordre psychologique, si c'est des idées toute reçues ou toute faites, c'est que la pilule ou le stérilet c'est pas bien pour elle, on va essayer de changer l'idée mais c'est la seule chose qu'on puisse changer mais l'information sera toujours la même, la seule chose c'est qu'il faudra les faire réfléchir par rapport à cette contraception, cette prise en charge de contraception et leur demander en tout cas d'essayer de prendre une contraception de façon à ce qu'elles se rendent compte par elle même qu'il n'y a pas de risque de grossesse sur stérilet ou par rapport au fait que la pilule fait grossir, que etc. Il faut changer le mental des patientes.

4-Comment vous assurez vous de la faculté de compréhension et de l'absence d'illétrisme ou d'analphabétisme chez ces populations d'autant plus qu'elles réitèrent les IVG ?

Il est vrai qu'il y en a beaucoup qui ne savent ni lire ni écrire, dans ces cas là, cela sert à rien de distribuer des prospectus et on va faire des schémas et on va leur poser des questions à savoir si elles ont bien compris et cela prend énormément de temps, cela peut aller d'1/2 heure par personne pour essayer d'expliquer la prise de la contraception et puis on va surtout les questionner à savoir si elles ont bien compris, même cela ce n'est pas évident.

ENTRETIEN SEMI DIRECTIF SUR LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DES FEMMES QUI FONT DES IVG A REPETITION

(4) avec une infirmière du planing

1-Que dites vous à une personne vous demandant une IVG, quelles sont les informations que vous lui donnez ?

Les informations, c'est surtout un rendez vous par rapport à la date des dernières règles, la méthode d'intervention se fait par rapport à ce terme et puis voilà. Il y a un temps d'attente quand même, cela ne se fait pas le jour même de la consultation . Les démarches administratives; les sommes qu'elle devra payer, si elle a des problèmes financiers qu'elle en parle lors de l'entretien avec la conseillère conjugale. L'intérêt de l'entretien avec cette conseillère conjugale, parce qu'il y a beaucoup de femmes qui ne veulent pas y aller parce que pour elle elles ont pris leur décision et elles ne veulent absolument pas y passer, donc on leur montre l'intérêt que c'est pas du tout un jugement mais que c'est pour les guider, pour qu'elles se sentent mieux après, pour qu'elles réfléchissent sur leur contraception aussi pourquoi à la limite si c'est sa première quelle était son erreur, si c'est la 2ème ou n ième qu'est ce qui se passe, pourquoi elle revient, est ce que c'est une période dans la vie ou elle n'est pas bien, puisqu'on dit toujours qu'il y a des IVG à des périodes anniversaires. On leur demande le groupe et l'intérêt de ce groupe enfin surtout le rhésus et l'intérêt du rhésus en vue d'une future grossesse. On peut aussi leur parler pour les femmes qui hésitent entre la méthode médicamenteuse et l'aspiration, c'est vrai que moi je suis plus pour les diriger vers la méthode médicamenteuse pour éviter les séquelles, il y a des femmes qui hésitent car elles trouvent que c'est trop long, je les oriente plutôt vers le RU.

2-Cette information est-elle différente si la femme est à sa 2ème, 3ème , voire nième IVG ?

Je demande qu'est-ce qui se passe quand même, si elle utilise une contraception, quel est leur problème, est-ce qu'elles oublient, parce que il y en a qui ont du mal à se prendre en charge par rapport à une contraception, il y en a qui te disent " et bien écoutez non, je ne supporte pas la pilule", on essaye de voir le pourquoi, il y en a c'est un refus complet, pas forcément un problème médical, c'est vrai que si c'est des femmes qui n'ont jamais eu de grossesse à terme, on n'a pas de possibilité de poser un stérilet, enfin chez nous c'est pas posé; donc c'est vrai que c'est un petit peu gênant parce que si elle ne veut pas se prendre en charge au niveau de la contraception si elle ne veut pas utiliser le préservatif, si elle ne veut pas utiliser non plus des gels parce qu'elle trouve que cela revient trop cher, elle risque de recommencer effectivement.
L'information n'est pas différente, j'essaye d'être neutre, mais si la femme est agressive parce qu'elle n'est pas bien dans sa peau généralement c'est cela, je lui dit "écoutez, moi je vous dis cela pour vous aider, essayons de faire quelque chose de bien, il y a des femmes qui racontent des choses complètement aberrantes : que le stérilet cela va donner un cancer, on essaye de dire mais attendez cela est impossible mais qui va te dire non j'ai raison. Cela m'est arrivé une fois une femme qui devait revenir quelques jours après pour prendre la Mifégyne, elle n'est jamais revenue, c'était une jeune de 20 ans, elle avait déjà eu un enfant, c'était sa deuxième intervention
en IVG et qui vraiment était désagréable, je suis restée calme, "ce n'est pas moi qui les vit cela ne me dérange pas de vous accueillir tous les 6 mois mais le problème c'est que vous comment vous allez vivre cela à force" parce que même si la femme a pris une décision, je pense que cela travaille au niveau psychologique quand même, cela m'étonnerait que cela soit vraiment quelque chose qu'elle banalise complètement, il ya des cas.

3-Ya t-il des repérages de profil psychologique , sociaux , économiques, culturels voir religieux qui vous auraient amener à modifier l'information standard et dans l'affirmative donner 2 ou 3 exemples :

Par rapport au profil psychologique, il ne faut pas angoisser la femme quand même, chez certaines femmes il faut donner des informations, mais pas trop non plus détaillées sinon elles risquent de s'angoisser par exemple pour la méthode RU, elles signent un formulaire de consentement et ce formulaire de consentement dit bien que c'est oui.
Ce qui est plus facile à repérer ce sont les problèmes financiers, socio-économiques, là on voit tout de suite; si les gens sont dans la misère tu le vois,

tu comprends à la limite qu'elles ont des difficultés, il n'y a pas que le problème financier c'est toute une éducation, une méconnaissance de leur corps et tout cela Le coté psychologique cela se voit plus ou moins, parce qu'il y en a qui sont sous traitement pour dépression assez sévère, c'est vrai que l'on va adapter. On ne va trop rentrer dans les détails, éviter de faire un blocage. Dans l'entretien, je reste assez stable, par rapport à la religion je ne vais pas leur parler de leur religion : cela leur pose un problème de faire l'IVG mais elles viennent le faire. Jamais je ne mettrais leur religion en ligne de compte.

C'est surtout dans les problèmes socio-économiques où généralement ce sont des femmes qui ont des enfants, on les oriente plus pour une prise en charge de la contraception en stérilet ou en injection, ce sont les gens les plus faciles à gérer, les personnes qui ont des problèmes de dépression, qui sont suivis par les psychiatres et tout cela c'est moins facile à gérer elles n'ont pas forcément un suivi de consultation, et puis il y a tellement de problèmes, ce n'est pas à mois de gérer le pourquoi des répétitions, je peux constater avec elle, lui faire prendre conscience et puis leur conseille de voir quelqu'un pour discuter mais d'une façon régulière.

4-Comment vous assurez vous de la faculté de compréhension et de l'absence d'illétrisme ou d'analphabétisme chez ces populations d'autant plus qu'elles réitèrent les IVG ?

par rapport à l'illétrisme, tu leur fais lire le formulaire de consentement, tu vois déjà si la personne est gênée ou pas quand elle prend le papier. Tu peux aussi vérifier en lui posant une question qui concerne ce formulaire et tu vois si elle a lu, tu vois aussi à la façon d'écrire. Il y en a qui ont beaucoup de mal à écrire par exemple mettez moi lu et approuvé, il y en a qui disent je ne sais pas. Il y en a qui vont le dire tout de suite "je ne peux pas lire est ce que vous pouvez me le lire". Si c'est simplement pour faire une signature et qu'elles n'ont pas lu, pas compris les complications ou les échecs cela sert à rien. Ca c'est facile et la faculté de compréhension c'est de demander à la personne de réexpliquer à sa façon. Cela on le fait par rapport au déroulement de l'intervention ou déroulement de la prise de la contraception Pour certaines c'est assez lourd.
Certaines vont remontrer l'ordonnance et qui vont se tromper, elles vont montrer que le Spasfon pour elle c'est la pilule, parce qu'elle ne sait pas où c'est. La dernière fois j'ai eu une femme qui a montré l'ordonnance de l'Anti D et qui a dit ça c'est la contraception à acheter demain. J'avais passé 1/2 heure avec elle, à la fin j'ai dit faites ce que vous voulez, parce que en plus elle ne voulait pas prendre de pilule parce que pour elle elle n'aurait pas de rapport donc j'ai abandonné Tu as le problème aussi avec les personnes étrangères qui maîtrisent mal le français, cela il ne fait pas le négliger aussi.
Il y a aussi les personnes qui vont se prendre en charge plus ou moins bien au

niveau de la contraception et qui ne vont pas savoir réajuster un oubli, cela c'est important d'en parler, tu as beaucoup de femmes qui savent prendre un comprimé tous les jours mais en cas d'oubli, elles ne savent pas qu'il faut rattraper et surtout elles ne savent pas qu'il faut faire attention après pendant un certain temps. Mais bon les IVG à répétition c'est pas forcément un manque d'information sur la contraception, c'est personnel à chaque individu je crois, là c'est sûr qu'elles ne vont pas se prendre en charge, c'est autre chose et c'est là l'intérêt de voir un psychologue dans certains cas, mais en ce moment, je suis beaucoup psychologue.

RESUME

Malgré des moyens contraceptifs sûrs et efficaces, les IVG à répétition sont en augmentation en France depuis 25 ans, date de la légalisation de l'IVG: Loi VEIL (1975).
Partant de ce constat, nous avons voulu évaluer nos pratiques au sein d'un planning familial, celui de l'Hôpital J. Verdier, à l'aide d'un questionnaire adressé aux 147 femmes qui ont fait 2 IVG jusqu'en 1997 et d'entretiens avec l'équipe soignante. 30 patientes ont répondu au questionnaire. 22 d'entre elles soit 73% ont refait une ou plusieurs IVG dans l'intervalle 1999-2000. 10 femmes (33%) sont Africaines et 9 (30%), sont françaises. 36% soit 11 patientes sur 30 sont catholiques et 43% ne pratiquent aucune religion. 22 patientes, (73%), sont en couple et vivent avec leur conjoint.Une seule femme sur 30 n'a pas d'enfants. 23 patientes (76%) ont un emploi et aucun foyer n'est sans ressources. la contraception est absente dans 7 cas (23%). La contraception d'urgence est méconnue dans 90% des cas (27 cas sur 30), la pilule du lendemain indiquée en cas de rapports sans contraception est ignorée par une femme sur deux (15) et le rattrapage de pilule lors d'un oubli est ignoré par 30% des femmes soit 9 sur 30. Des difficultés psychologiques sont retrouvées dans 29% des cas, un besoin d'aide psychologique est réclamé par 7 patientes sur 30 soit dans 23% des cas , il est suivi de consultation psychologique dans 28% des cas. Les soignants ont repéré des états de précarité à l'origine de l'absence de contraception, des difficultés psychologiques, culturelles et religieuses pouvant être à l'origine de résistance à la contraception.
Cette étude montre que les patientes qui font des IVG à répétition, ont des difficultés psychologiques, une insuffisance d'information sur la contraception, une mauvaise gestion des contraceptions voire une absence de contraception. Des états de précarités et une résistance aux contraceptions anciennes de première génération remboursées sont parfois retrouvés.
Un suivi standard n'est pas adapté.
Les patientes qui ont fait 2 IVG, pourraient bénéficier en plus des consultations habituelles:
d'une consultation avec un psychologue,
d'une consultation d'information sur la contraception avec la remise d'un document.
De mesures plus générales telles que la gratuité de la pilule pour les patientes en état de précarité et le remboursement des pilules de nouvelle génération.

Mots clés: IVG à répétition, facteurs de risques, moyens de prévention.

PLAN

SUMMARY

Repeated abortion increased in France since 25 years, date of legal abortion :VEIL law (1975). We evaluated our practices in a family planning (Verdier J. Hospital, France), with a questionnaire for 147 women who have done 2 legal abortions until 1997, and with an interviews with medical practitioners.

30 women had answered. 22 of them had an other abortion in the interval 1997-2000. 10 women (33%) were African and 9 (30%) were French. 36%, (11), were Catholics and 43% without religion. 22 patients (73%) were married or with a friend, only one of the 30 women had no children. 23 patients (76%) had a job, and any one had no salary. The contraception, was absent in 7 cases (23%), the emergency contraception was unknown by 90% (27 cases) of these women. The tomorrow pills, was unknown by one half of these patients, and taking 2 pills when they had forgotten one day was ignored by 30% of them (9). Psychological difficulties were found in 29% and 23% of patients wanted to have psychological aid. Medical professionals, have found sometimes misery states where women were enable to buy pills, psychological, cultural and religion difficulties who made patients resistant towards contraceptives.

We suggest that women who had two abortions must have a special survey with a consultation with a psychologist, a consultation on the use of contraceptives, on emergency contraception, documentation on contraception being delivered in parallel.

Others suggest that pills without money for poor people and access to new generations of pills could be an outcome.